RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2011 12

AGENCE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DU BAS-SAINT-LAURENT

Québec

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

288, rue Pierre-Saindon, bureau 115
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : 418 724-5231
Télécopieur : 418 723-1597

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le 19 septembre 2012

PRODUCTION

Direction des ressources humaines, de la qualité et de la performance

ÉDITION

© Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Bibliothèque et Archives Canada, 2012
ISBN : 978-2-923362-74-8 (version imprimée)
ISBN : 978-2-923362-75-5 (version PDF)

DANS CET OUVRAGE, LA FORME MASCULINE EST UTILISÉE SANS DISCRIMINATION, DANS LE SEUL BUT D'ALLÉGER LE TEXTE.

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'Agence au **www.agencesssbsl.gouv.qc.ca**

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ACRONYMES 5

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE 7

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 9

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS 10

CHAPITRE 1 PRÉSENTATION DE LA RÉGION 11

1.1 Territoire et population 12
1.2 Bilan de santé et déterminants 13
1.3 Les établissements de santé et de services sociaux et les réseaux locaux de services 14

CHAPITRE 2 PRÉSENTATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT 21

2.1 Mission, rôle et responsabilités 22
2.2 Plan d'organisation, effectifs et organigramme 23
2.3 Conseil d'administration 25
2.4 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services 26
2.5 Comité de vigilance et de la qualité 27
2.6 Comité de vérification 28
2.7 Département régional de médecine générale 29
2.8 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 30
2.9 Comité régional sur les services pharmaceutiques 30
2.10 Commission infirmière régionale 31
2.11 Commission multidisciplinaire régionale 32
2.12 Comité régional d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise 33
2.13 Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes 34

CHAPITRE 3 FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2011-2012 35

3.1 L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être 36
3.1.1 Les principaux déterminants de la santé et du bien-être 36
3.2 La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services 38
3.2.1 L'accès aux services médicaux de première ligne 38
3.2.2 Les services Info-Santé et le service téléphonique pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux 39
3.2.3 Les services dispensés aux clientèles atteintes de maladies chroniques ou de cancer 40
3.2.4 Les services aux jeunes en difficulté 41
3.2.5 Les services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendance 42
3.2.6 Les services offerts aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement 43
3.2.7 Les services de soutien à domicile et l'offre de milieux de vie diversifiés et adaptés aux besoins des clientèles ayant des besoins spécifiques 44
3.2.8 Les services en soins palliatifs de fin de vie 45
3.3 Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services 46
3.3.1 Les ressources médicales spécialisées 46
3.3.2 Les services thérapeutiques et diagnostiques 46
3.3.3 Les services de base et les services spécialisés de réadaptation pour les personnes ayant une déficience 47
3.3.4 Les services spécialisés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale 47
3.4 La qualité des services et l'innovation 48
3.4.1 L'implantation de standards cliniques, le transfert des connaissances et l'innovation 48
3.4.2 La qualité et la sécurité des soins et des services 48
3.4.3 Le Bilan synthèse du renouvellement des membres des conseils d'administration des établissements 49
3.5 La mission universitaire médicale au Bas-Saint-Laurent 50
3.6 L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines 51
3.7 Les systèmes d'information en appui à l'offre de service 52
3.7.1 L'accès, la circulation et l'intégration des informations cliniques 52

CHAPITRE 4 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 53

4.1 Le contrôle de la conformité 54
4.2 Le bilan des interventions réalisées 54

CHAPITRE 5 DONNÉES FINANCIÈRES 2011-2012 55

5.1 Les résultats financiers de l'Agence 57
5.2 Les allocations des ressources financières aux établissements 78
5.3 Les allocations financières versées aux organismes communautaires – Enveloppe régionale de crédits 80

ANNEXES

I Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent 86
II Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la treizième période financière 2011-2012 90

SIGLES ET ACRONYMES

A	ACEQ	Association du cancer de l'Est du Québec
	AAPA	Approche adaptée aux personnes âgées
	ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
C	CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
	CÉGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
	CH	Centre hospitalier
	CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
	CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
	CIR	Commission infirmière régionale
	CJ	Centre jeunesse
	CLSC	Centre local de services communautaires
	CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
	COSMOSS	Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé Scolarisé et en Santé
	CR	Centre de réadaptation
	CRAT	Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie
	CRÉ	Conférence régionale des éluEs
	CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
	CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
	CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
	CSSS	Centre de santé et de services sociaux
D-E	DI	Déficience intellectuelle
	DP	Déficience physique
	DRMG	Département régional de médecine générale
	ECOS	Examen clinique objectif structuré
	ETP	Équivalent temps plein
G-I-J	GMF	Groupe de médecine de famille
	IAB	Initiative Ami des bébés
	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
	IPS	Infirmière praticienne spécialisée
	JCS	Journée carrière en santé

L-M	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
	MRC	Municipalité régionale de comté
	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
P	PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
	PAR	Plan d'action régional
	PDG	Président-directeur général
	PI	Plan d'intervention
	PID	Plan d'intervention disciplinaire
	PII	Plan interdisciplinaire d'intervention
	PLAIDD-BF	Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Défense, Droit – Bas-du-Fleuve
	PRATA	Programme de retour au travail adapté
	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
	PSI	Plan de services individualisé
	PSOI	Programme de santé des organisations et des individu
	PTI	Plan thérapeutique infirmier
R	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
	RESPEQ	Réseau des services à la petite enfance de l'Est du Québec
	RI	Ressource intermédiaire
	RLS	Réseau local de services
	RSIPA	Réseau de services intégrés personnes âgées
	RTF	Ressource de type familial
	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
S-T	SAD	Soutien à domicile
	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
	SRPPST	Service régional en promotion et prévention de la santé des travailleurs
	TED	Trouble envahissant du développement
U	UMF	Unité de médecine familiale
	UQAR	Université du Québec à Rimouski

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

DES ACTIONS CONCERTÉES GRÂCE UNE VISION PARTAGÉE

Les transformations qu'a connues le réseau de la santé et des services sociaux en 2011-2012 ont eu un large écho à l'Agence et dans les établissements du Bas-Saint-Laurent. Cette réalité a provoqué de profondes réflexions qui, en dépit de ressources financières limitées, nous auront permis de faire preuve de créativité et d'innovation dans l'élaboration de nouvelles façons de faire. Des travaux d'optimisation ont été réalisés pour dégager les marges de manœuvre qui permettent de répondre aux exigences de la loi 100 et aux contraintes financières liées à l'optimisation budgétaire, tout en continuant de maintenir une prestation de soins et de services de qualité.

D'emblée, je tiens à féliciter les établissements qui ont tous répondu à l'appel malgré l'ampleur de la tâche. C'est dans ce contexte, par exemple, que sont nées des expériences de maillage qui ont permis à des établissements de s'unir de manière proactive pour cibler les meilleures actions possibles. À ce jour, plusieurs chantiers identifiés ont été amorcés et donneront des résultats probants au cours des prochains mois. Les organisations se sont mobilisées pour mettre en place des mesures efficaces et réalistes afin d'optimiser leurs actions. Leurs dirigeants connaissent bien les réalités propres à leur milieu et à la réalisation de leur mission et sont à même de trouver des pistes et d'utiliser des leviers qui visent l'optimisation, tout en préservant l'offre de service à la population.

Assurer la stabilisation de nos organisations et l'équilibre budgétaire de l'Agence et des établissements aura sans contredit été une priorité à laquelle nous avons accordé une grande importance en cours d'année.

Des cibles de gestion rigoureusement suivies

Par ailleurs, l'année 2011-2012 aura été consacrée au suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité, dont 77 % des cibles ont été atteintes ou presque atteintes. Ce résultat, fort enviable à l'échelle québécoise, est attribuable à l'engagement et à la détermination des gestionnaires et des intervenants des établissements. Parmi les résultats les plus marquants, notons le nombre de chirurgies d'un jour, de la cataracte et avec hospitalisation, ainsi que les délais de traitement en radio-oncologie. Le séjour moyen sur civière à l'urgence, le respect des délais de vaccination chez les enfants et l'accès aux services de santé mentale en 1re ligne sont également dignes de mention, autant que l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, pour lequel le Bas-Saint-Laurent fait très bonne figure sur le plan provincial.

Journée carrière en santé, une activité captivante pour les jeunes et mobilisatrice pour le réseau de la santé

Au Bas-Saint-Laurent, la planification de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux est un défi collectif. Nos partenaires s'entendent sur la nécessité de se démarquer et d'utiliser différentes stratégies afin d'attirer et de retenir les ressources pour que notre milieu soit en mesure de répondre à des besoins toujours grandissants. Soucieux d'apporter des solutions au défi que représente le recrutement, nous avons ajouté avec fierté une toute nouvelle activité à une série d'actions stratégiques qui ont déjà fait leurs preuves au fil des ans : la Journée carrière en santé (JCS). Dans le cadre de cette journée qui a connu un vif succès, des professionnels des établissements de la région ont accueilli à Rimouski quelque 2 000 élèves provenant des écoles secondaires des quatre coins du Bas-Saint-Laurent afin de les sensibiliser aux métiers et professions du domaine de la santé. Ergothérapeutes, médecins, travailleurs sociaux, technologues, infirmiers, ambulanciers, nutritionnistes, pharmaciens, pour ne nommer que ceux-là, se sont unis pour offrir généreusement leur expertise et leur temps pour démystifier leur quotidien et, surtout, susciter l'intérêt des jeunes envers une carrière dans leur domaine d'activité.

Un plan d'action en santé publique qui nous mobilise vers des mesures concrètes

Pour aider la région à garder le cap sur l'amélioration de la santé de sa population et à mieux contrôler les coûts du système de soins, l'Agence a mis à jour son plan d'action régional de santé publique pour le Bas-Saint-Laurent. Cette mise à jour, qui permet d'agir au-delà des soins en intensifiant les actions de promotion de la santé et de prévention de la maladie, présente notamment dix champs d'activité qui font l'objet d'un effort de consolidation particulier et recommande le suivi de quelque 80 cibles de santé. Voilà un outil précieux qui intensifie les actions de promotion de saines habitudes de vie et de prévention à tous les niveaux, tout en poursuivant les interventions de protection de la santé pour tous les citoyens.

Un nouveau plan d'organisation nécessaire à la réalisation de notre mission

Puisque l'Agence est une organisation qui désire s'inscrire dans une démarche rigoureuse en matière d'administration publique, nous avons produit, en cours d'année, un nouveau plan d'organisation décrivant nos structures administratives, nos directions et nos services. Ce document phare permet à toutes les parties prenantes de bien comprendre le fonctionnement de l'Agence ainsi que les valeurs qui sous-tendent nos décisions. Ce plan d'organisation est notamment lié à la planification stratégique nationale et à notre planification régionale 2010-2015 et il revêt une grande importance puisqu'il devient un outil incontournable à la réalisation de notre mission.

Une essentielle collaboration

Toutes ces réalisations n'auraient pu voir le jour sans la précieuse collaboration des membres de l'Agence qui, jour après jour, sont de fiers ambassadeurs et sont solidaires de notre mission. Que ce soit à travers leurs liens entre collègues de l'Agence ou du réseau de la santé et des services sociaux bas-laurentien, ils font preuve à la fois de grand professionnalisme, de rigueur, de soutien, de leadership et de responsabilisation, des qualités essentielles à l'atteinte des objectifs découlant de nos orientations en matière de santé et de services sociaux.

À la lumière de ce rapport annuel, vous serez à même de constater non seulement le dynamisme du réseau bas-laurentien, mais également sa détermination à innover pour relever les défis liés à l'accessibilité et à la sécurité des soins et des services, au vieillissement de la population, à la main-d'œuvre et à la fragilité des ressources financières. Cela, afin de répondre au mieux aux besoins actuels et futurs de notre collectivité.

La présidente-directrice générale,

Isabelle Malo

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

UN RÉSEAU EN CONSTANTE ÉVOLUTION

Un réseau en constante évolution. Voilà la trame de fond qui se dégage du Rapport annuel de gestion 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Résultant des efforts consacrés à la réalisation de la mission de notre organisation et au bon fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux bas-laurentien, ce document présente les nombreuses sphères d'activité dans lesquelles l'Agence exerce actuellement son action, le travail accompli en cours d'année et les perspectives d'avenir qui se dessinent. Celles-ci laissent entrevoir des orientations favorables, non seulement quant à la pérennité des services actuels, mais aussi au développement de nouveaux services qui continueront de placer les besoins de notre population à l'avant-plan de nos actions.

Les douze derniers mois auront sans contredit été marqués par un resserrement des finances publiques qui a obligé les dirigeants des établissements de la région à faire les choses autrement et à tirer profit d'une collaboration intra et interétablissement encore plus soutenue. À ce propos, les membres du conseil d'administration ont porté une attention particulière à l'équilibre budgétaire de chacun des établissements de la région ainsi qu'aux résultats obtenus en regard des cibles de l'entente de gestion. Ils ont également été soucieux de veiller à la gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

C'est d'ailleurs en cours d'année que sont entrés en fonction les nouveaux conseils d'administration des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, formés à la suite des élections du 1er novembre dernier. Les huit centres de santé et de services sociaux ainsi que le Centre jeunesse et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Bas-Saint-Laurent comptent désormais sur l'appui de nouveaux conseils d'administration. Pour soutenir les membres dans l'exercice de la gouvernance tout au long de leur mandat, le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est associé aux agences ainsi qu'aux associations d'établissements afin de réaliser des activités d'information et d'accueil.

Assurer la pérennité du réseau

L'avenir annonce des défis de haut niveau à relever collectivement. Parmi les grands chantiers régionaux figurent l'accessibilité des services de soutien à domicile, l'accessibilité des services médicaux spécialisés, le renforcement des stratégies de recrutement des médecins, la performance des urgences et le développement des services de 1re ligne. La consolidation d'un arrimage en continu entre l'Agence et les établissements ainsi que le travail en étroit partenariat, dans un esprit d'ouverture et de transparence, seront gages de succès pour les années à venir. C'est pourquoi je remercie les employés de l'Agence de leur détermination à atteindre et à surpasser les cibles régionales établies par le Ministère, de concert avec les établissements et les partenaires du milieu. Je tiens également à remercier mes collègues administrateurs pour leur participation active au processus de décision. Ils auront, toute l'année durant, apporté une contribution importante à la cohérence de notre système et accompli leur devoir de transparence et d'imputabilité avec diligence.

Le président du conseil d'administration,

Jean-Paul Morin

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de g[illegible] relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ainsi que les contrôles y afférents sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

La présidente-directrice générale,

Isabelle Malo

CHAPITRE 1

PRÉSENTATION DE LA RÉGION

1.1 TERRITOIRE ET POPULATION

Les 101 177 femmes et les 100 159 hommes (201 336 au total[1]) que comptent les huit territoires de municipalité régionale de comté (MRC) du Bas-Saint-Laurent se répartissent dans 114 municipalités. Plusieurs de ces villes, villages et paroisses sillonnent le fleuve sur ses quelque 300 km de côte entre La Pocatière et Les Méchins. Les autres sont localisés sur les terres du Haut-Pays et sur celles des vallées du Témiscouata et de La Matapédia. Tandis qu'environ la moitié de la population de la région habite dans ses principaux centres urbains, avec en tête de liste les villes de Rimouski, Rivière-du-Loup et Matane, la ruralité constitue le mode d'occupation de l'espace de l'autre moitié de ses résidants. Les MRC du Bas-Saint-Laurent sont composées d'une population qui varie de 9 000 à un peu plus de 54 000 habitants.

De 2006 à 2011, selon les dernières estimations de population de l'ISQ[2], on peut observer des variations démographiques à l'échelle des territoires municipaux; des 114 villes et villages que compte la région, 85 ont vu leur population diminuer (4 140 personnes au total) et 27 ont enregistré des hausses (3 039 personnes au total). Les municipalités dont les effectifs ont diminué sont généralement de petites tailles, quoique certaines villes présentant un poids démographique important figurent dans cette liste : La Pocatière (- 316), Matane (- 308), Trois-Pistoles (- 231), Causapscal (- 168) et Témiscouata-sur-le-Lac (- 145). Rivière-du-Loup (+ 405), Rimouski (+ 1 762), Saint-Modeste (+ 182) et Saint-Antonin (+ 182) font partie des municipalités qui ont vu leur population s'accroître pour la période de 2006 à 2011.

Parmi les éléments qui caractérisent la population de la région du Bas-Saint-Laurent, on peut certes affirmer que le vieillissement de la population est ce qui conditionne le plus l'organisation de ses services. Au cours de l'année 2012, quelque 40 600 personnes du Bas-Saint-Laurent avaient 65 ans et plus, ce qui représentait 20 % de la population totale de la région, soit quatre points de pourcentage au-dessus de la proportion enregistrée dans l'ensemble du Québec. Une dizaine d'années plus tôt, en 2001, les personnes âgées de 65 ans et plus ne constituaient que 15 % du total de la population du Bas-Saint-Laurent.

Depuis 2006, l'accroissement naturel est positif au Bas-Saint-Laurent. Malgré le regain de natalité au Bas-Saint-Laurent depuis 2005, comme cela est également le cas dans l'ensemble du Québec, il est tout de même estimé qu'à long terme, la croissance naturelle diminuera, c'est-à-dire que le nombre de naissances sera de plus en plus déficitaire par rapport au nombre de décès. Ce phénomène, associé au fait que les spécificités migratoires propres à la région font en sorte que le nombre de jeunes, principalement les 15 à 29 ans, qui la quittent est plus élevé que le nombre de ceux qui s'y installent, devrait amener une accélération du vieillissement de la population. En outre, le fait que les premiers « baby-boomers » ont franchi les 65 ans au cours de l'année 2010 entraînera un accroissement de ce vieillissement. On estime qu'en 2016, le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans sera supérieur d'environ 60 % à ce qu'il était en 2006. On s'attend aussi à ce que le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus connaisse une croissance presque aussi importante (56 %).

[1] Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*, édition 2009 (population de 2012).

[2] Institut de la statistique du Québec, *Estimation de la population des municipalités du Québec au 1er juillet des années 1996 à 2010, selon le découpage géographique au 1er juillet 2011*, 2012.

1.2 BILAN DE SANTÉ ET DÉTERMINANTS

BILAN DE SANTÉ

Bien que, dans l'ensemble, le bilan global de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent soit comparable à celui de l'ensemble des Québécois, certaines différences significatives sont néanmoins observées. Par exemple, étant donné que la population du Bas-Saint-Laurent est plus âgée que celle du Québec, elle est généralement plus affectée par des maladies chroniques. Les taux bruts de mortalité par cancer, de même que par maladies cardiovasculaires, respiratoires et digestives, sont tous plus élevés dans la région qu'au Québec. Toutefois, si la population du Bas-Saint-Laurent présentait une structure d'âge similaire à celle du Québec, seules les maladies respiratoires afficheraient un taux de mortalité supérieur pour la période 2005-2007.

Sur d'autres aspects cependant, la région se distingue négativement du Québec, et ce, sans que la structure selon l'âge de sa population soit mise en cause. Son taux élevé de mortalité due aux accidents figure en tête de liste de ces aspects négatifs. Même si la population du Bas-Saint-Laurent ne regroupe que 2,6 % de la population du Québec, on y enregistre, selon les chiffres de 2005 à 2007, 4 % des décès par traumatisme non intentionnel. Il est à noter également que depuis quelques années, la population de la région, particulièrement les hommes, présente des taux de décès par suicide plus élevés. Toutefois, globalement, le taux de suicide tend à diminuer.

Par ailleurs, parmi les personnes âgées de 12 ans et plus qui habitent dans des ménages privés de la région, 22 % vivent avec des limitations d'activités dans leur vie quotidienne, soit une proportion similaire à celle enregistrée au Québec (21 %). Cependant, le Bas-Saint-Laurent se démarquerait de la province quant au nombre de personnes ayant des limitations sévères (déficience physique, déficience intellectuelle ou problème de santé mentale). En mars 2008, près de 5 000 adultes de la région étaient considérés, en vertu du programme d'assistance-emploi, comme ayant des contraintes sévères à l'emploi. Ce nombre de personnes représentait alors 3,8 % de tous les adultes âgés de 18 à 64 ans du Bas-Saint-Laurent, ce qui s'avère relativement élevé étant donné que dans l'ensemble du Québec, cette proportion ne se situe qu'à 2,6 %.

Certaines caractéristiques du portrait de santé de la population du Bas-Saint-Laurent diffèrent selon les territoires de MRC. Pour la période 2005-2007, l'espérance de vie à la naissance, par exemple, varie de trois années entre la MRC la plus avantagée (Rivière-du-Loup avec 82,3 ans) et celles qui le sont le moins (La Mitis et La Matapédia avec 79,5 ans chacune). On note aussi que l'autoévaluation de l'état de santé, c'est-à-dire la façon dont les gens perçoivent leur propre santé, varie sensiblement d'un territoire de MRC à l'autre. Si, dans la MRC de Rimouski-Neigette, 66 % de la population évalue très positivement leur santé, cette même évaluation n'est faite que par 44 % de la population de la MRC de Matane.

DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Le Bas-Saint-Laurent se classe plutôt positivement parmi l'ensemble des régions du Québec quant aux principaux facteurs ayant un impact sur l'état de santé d'une population. Selon les indicateurs disponibles, une bonne partie de la population de la région adopterait des habitudes de vie et des comportements favorables à sa santé. On observe aussi que les conditions sociales qui caractérisent la population du Bas-Saint-Laurent seraient meilleures sur plusieurs aspects que celles qui prévalent dans l'ensemble du Québec.

Le Bas-Saint-Laurent, par exemple, se retrouve dans le peloton de tête parmi les régions qui comptent le moins de fumeurs sur son territoire. On note aussi que le taux de grossesse des adolescentes de la région est l'un des plus faibles au Québec. De plus, le taux de crime contre la personne est moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans la province. Aussi, les données pour la région se sont améliorées concernant la consommation de fruits et de légumes. Les chiffres de 2007-2008 illustraient que 53 % des Bas-Laurentiens de 12 ans et plus en consommaient moins de cinq fois par jour. Les dernières données (2009-2010) démontrent une amélioration à ce chapitre, avec une proportion de 48 %, proportion qui est maintenant similaire à celle du Québec.

Par ailleurs, la population du Bas-Saint-Laurent tend à être plus active dans ses loisirs. Au début des années 2000, 37 % des adolescents de la région étaient très actifs, cette proportion a grimpé à 48 % en 2005. Même observation chez les adultes où la proportion des personnes très actives et actives est passée de 26 % à 38 %.

Au chapitre de l'environnement social, outre le fait que la région compte moins de familles monoparentales qu'ailleurs au Québec, on observe un peu moins de personnes qui vivent seules. De plus, la région compte proportionnellement moins de personnes veuves, séparées et divorcées que l'ensemble du Québec.

Bien que la population du Bas-Saint-Laurent soit, en 2006, encore l'une des moins scolarisées du Québec, et ce, avec 28 % de sa population de 20 ans et plus qui n'a jamais obtenu de diplôme d'études secondaires (22 % au Québec), tout porte à croire que cette situation s'améliorera. En effet, on observe, depuis quelques années, que le décrochage scolaire est moins fréquent dans le Bas-Saint-Laurent qu'ailleurs au Québec. Parmi les élèves sortant du secondaire inscrits en formation générale des jeunes en 2008-2009, 14 % n'avaient ni diplôme ni qualification, alors qu'ils étaient 18 % au Québec.

1.3 LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

DÉCOUPAGE TERRITORIAL

Le réseau de la santé et des services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent comprend huit réseaux locaux de services (RLS) regroupant dix établissements publics :

- Huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui tiennent lieu d'instances locales assumant ainsi la coordination de la mise en place des RLS;
- Deux établissements régionaux spécialisés, soit le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJ) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Bas-Saint-Laurent (CRDITED);
- La région compte également un Centre de réadaptation en déficience physique sous la responsabilité du CSSS de La Mitis et un Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes aux prises avec une dépendance sous la responsabilité du CSSS de Rivière-du-Loup.

Il faut toutefois noter que plusieurs autres partenaires intersectoriels gouvernementaux ou non gouvernementaux (emploi, éducation, services de garde, justice, sécurité publique, municipalités, organismes communautaires, etc.) sont aussi engagés dans chacun de ces territoires. Le rapport annuel de chacun de ces établissements peut en témoigner de manière plus explicite.

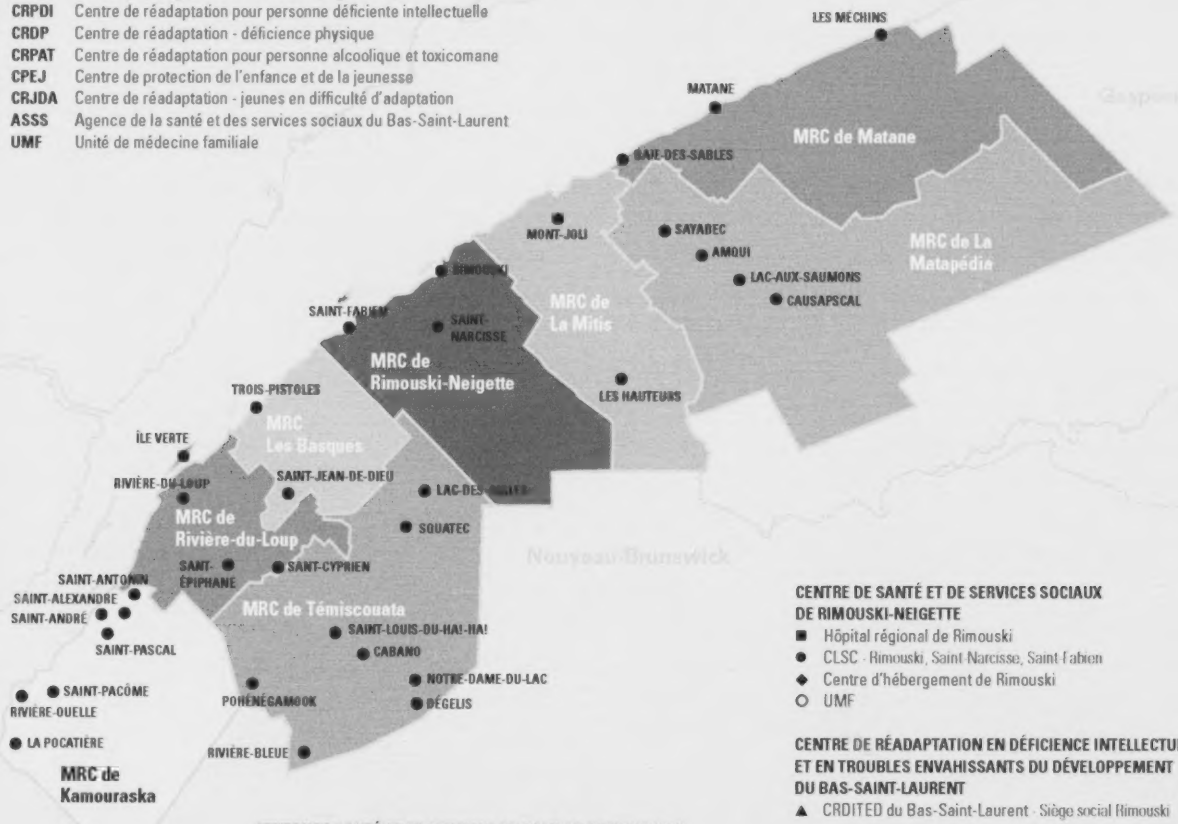
Les tableaux qui suivent vous présentent brièvement le descriptif de chacun de ces territoires ainsi que l'organisation territoriale de services de santé et de services sociaux qui y sont dispensés :

- La représentation géographique du Bas-Saint-Laurent et la localisation des principaux points en matière de services de santé et de services sociaux;
- Quelques caractéristiques régionales sur l'état des effectifs et ressources œuvrant en santé et services sociaux;
- Une présentation générale de chacun des huit RLS.

RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

LEXIQUE ET LÉGENDE

- ■ **CHSGH** Centre hospitalier en soins généraux et spécialisés
- ● **CLSC** Centre local de services communautaires
- ◆ **CHSLD** Centre d'hébergement et de soin de longue durée
- ▲ **CRPDI** Centre de réadaptation pour personne déficiente intellectuelle
- △ **CRDP** Centre de réadaptation - déficience physique
- ⬟ **CRPAT** Centre de réadaptation pour personne alcoolique et toxicomane
- ★ **CPEJ** Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- ★ **CRJDA** Centre de réadaptation - jeunes en difficulté d'adaptation
- ⦿ **ASSS** Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
- ○ **UMF** Unité de médecine familiale



CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA
- ■ Hôpital Notre-Dame-de-Fatima · La Pocatière
- ● CLSC · Saint-Pascal, Saint-André, La Pocatière
- ◆ Centre d'hébergement d'Anjou · Saint-Pacôme
- ◆ Centre d'hébergement Thérèse-Martin · Rivière-Ouelle
- ◆ Centre d'hébergement Villa Maria · Saint-Alexandre

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP
- ■ Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- ● CLSC · Rivière-du-Loup, Saint-Épiphane, Île Verte
- ● Centre d'hébergement · Rivière-du-Loup, Saint-Antonin, Saint-Cyprien
- ⬟ CRPAT L'Estran

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE TÉMISCOUATA
- ■◆ Hôpital de Notre-Dame-du-Lac
- ● CLSC · Pohénégamook, Cabano, Dégelis, Lac-des-Aigles
- ◆ Centre d'hébergement de Squatec
- ◆ Centre d'hébergement de St-Louis-du-Ha! Ha!
- ◆ Centre d'hébergement de Rivière-Bleue

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES BASQUES
- ◆● Urgence, CLSC, CHSLD
- ○ UMF Basques - KRTB · Centre administratif et pédagogique

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIMOUSKI-NEIGETTE
- ■ Hôpital régional de Rimouski
- ● CLSC · Rimouski, Saint-Narcisse, Saint-Fabien
- ◆ Centre d'hébergement de Rimouski
- ○ UMF

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT DU BAS-SAINT-LAURENT
- ▲ CRDITED du Bas-Saint-Laurent · Siège social Rimouski

CENTRE JEUNESSE DU BAS-SAINT-LAURENT
- ★ Siège social Rimouski

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT
- ⦿ Rimouski

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MITIS
- ● CLSC · Mont-Joli, Les Hauteurs
- ● Maison des naissances Colette-Julien
- ◆ CHSLD
- △ CR L'InterAction · Mont-Joli, Rimouski, Rivière-du-Loup

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MATAPÉDIA
- ■◆ Hôpital d'Amqui
- ◆ Centre d'hébergement Marie-Anne Ouellet · Lac-aux-Saumons
- ● CLSC · Amqui, Causapscal, Sayabec

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MATANE
- ■ Hôpital de Matane
- ◆ Centre d'hébergement de Matane
- ● CLSC · Matane, Baie-des-Sables, Les Méchins

État des effectifs et ressources sur le plan régional Région du Bas-Saint-Laurent, volet santé et services sociaux Au 31 mars 2012	
Effectifs et ressources	**Caractéristiques**
Médecins	La population de la région du Bas-Saint-Laurent est desservie par 441 médecins, dont 254 omnipraticiens et 187 spécialistes. Les plans d'effectifs autorisés par le Ministère (novembre 2011) sont respectivement de 265 omnipraticiens et de 229 spécialistes.
Groupes de médecine de famille (GMF)	Dix GMF sont en activité dans la région et plus de 111 678 personnes y sont inscrites au 31 mars 2012.
Pharmaciens	Les établissements du Bas-Saint-Laurent comptent 44 pharmaciens. Par ailleurs, les pharmaciens communautaires en milieu privé sont répartis dans 60 pharmacies.
Dentistes	La région du Bas-Saint-Laurent compte 15 dentistes ayant des privilèges de pratique en milieu hospitalier, dont 13 membres associés et 2 membres actifs en chirurgie buccale et maxillo-faciale. Dans le secteur privé, on dénombre 64 dentistes généralistes répartis dans 42 cliniques dentaires et 8 dentistes spécialistes, dont 3 à temps partiel.
Ressources de type familial (RTF)	La région peut compter sur un réseau de :
Ressources intermédiaires (RI)	• 110 familles d'accueil pour les enfants (260 places reconnues); • 139 ressources de type familial en santé mentale, en déficience intellectuelle, en troubles envahissants du développement, en déficience physique et pour les personnes en perte d'autonomie (597 places reconnues); • 78 ressources intermédiaires : 47 pour les personnes âgées en perte d'autonomie, 4 pour les jeunes, 9 pour les personnes présentant un problème de santé mentale, 17 pour les personnes vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et un pour les personnes ayant une déficience physique. Au total, 800 places en ressources intermédiaires sont reconnues.
Résidences privées pour aînés	Au 31 mars 2012, on dénombrait dans la région 163 résidences inscrites au Registre des résidences pour personnes âgées.
Premiers répondants et entreprises ambulancières	Les services de premiers répondants mettent à contribution 107 personnes et sont présents dans 11 municipalités ainsi que sur le service de traversier de Rivière-du-Loup. Les entreprises ambulancières desservant la région sont au nombre de 10 réparties en 17 points de service et comptent 194 techniciens ambulanciers paramédicaux. L'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent est l'agence mandataire du centre de santé CAUREQ qui dessert les trois régions, soit le Bas-Saint-Laurent, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et la Côte-Nord.
Organismes communautaires	La région compte 138 organismes communautaires qui sont reconnus aux fins du financement de la part du réseau de la santé et des services sociaux. Globalement, ils reçoivent un financement annuel de plus de 14 millions de dollars.
Employés des établissements	Le réseau de la santé et des services sociaux emploie 7 428 personnes dont la moyenne d'âge s'établit à 42 ans.

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent			
Caractéristiques générales			
Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
Kamouraska	21 698	17	• Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) • Le CSSS est partenaire de l'Unité de médecine familiale (UMF) Basques-KRTB **La Pocatière :** - Localisation du CH et point de service du CLSC - Point de service du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJ) et du Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent (L'Estran) **Saint-Pascal :** - Siège social du CSSS et localisation du CLSC - Point de service de L'Estran et du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Bas-Saint-Laurent (CRDITED) **Saint-André :** - Point de service du CLSC **Saint-Pacôme, Rivière-Ouelle et Saint-Alexandre :** - Localisation de CHSLD
Rivière-du-Loup	34 842	13	• Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) • Le CSSS agit comme pôle de référence pour l'ouest de la région en santé physique et santé mentale • Le CSSS est gestionnaire du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (L'Estran) • Le CSSS est partenaire de l'UMF Basques-KRTB **Rivière-du-Loup :** - Siège social du CSSS, localisation du CH, du CLSC et d'un CHSLD - Centre administratif et point de service de L'Estran - Point de service du Centre de réadaptation en déficience physique L'InterAction - Point de service et deux unités de réadaptation du CJ - Point de service du CRDITED - Bureaux de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent **Saint-Cyprien :** - Point de service de L'Estran - Localisation d'un CHSLD **Saint-Antonin :** - Localisation d'un CHSLD **Saint-Épiphane et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs (Île Verte) :** - Points de service du CLSC
Témiscouata	21 119	19	• Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) • Le CSSS est partenaire de l'UMF Basques-KRTB **Témiscouata-sur-le-Lac :** - Siège social du CSSS, localisation du CH et de lits CHSLD - Point de service du CLSC, de L'Estran, du CJ et du CRDITED **Dégelis et Lac-des-Aigles :** - Points de service du CLSC **Pohénégamook :** - Point de service du CLSC et urgence de stabilisation **Rivière-Bleue :** - Localisation d'un CHSLD et point de service du CLSC **Saint-Louis-du-Ha! Ha! et Squatec :** - Localisation de CHSLD

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent			
Caractéristiques générales			
Territoire	Population	Nombre de municipalités	Descriptif
Les Basques	9 052	11	• Le CSSS a une urgence de stabilisation, une mission de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) • Le CSSS est fiduciaire de l'UMF Basques-KRTB **Trois-Pistoles :** - Siège social du CSSS, localisation de l'urgence, du CLSC et d'un CHSLD - Point de service du CJ, de L'Estran et du CRDITED - Unité de réadaptation du CJ **Saint-Jean-de-Dieu :** - Point de service du CLSC **Saint-Clément :** - Point de service du CLSC
Rimouski-Neigette	54 345	9	• Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) • Le CSSS (mission CH) offre des surspécialités en néonatalogie, radio-oncologie et néphrologie pour l'est de la région, la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine, et dans certains secteurs pour la Côte-Nord; il est centre désigné pour la banque de sang pour les établissements du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie ainsi que du CH de Baie-Comeau • Le CSSS gère une UMF **Rimouski :** - Siège social du CSSS, localisation du CH, du CLSC, du CHSLD et de l'UMF - Siège social du CJ, point de service du CJ et trois unités de réadaptation du CJ - Point de service de L'Estran - Siège social du CRDITED et point de service du CRDITED - Point de service du CRDP L'InterAction - Siège social de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent **Saint-Marcellin, Saint-Narcisse et Saint-Fabien :** - Points service du CLSC
La Mitis	19 514	16	• Le CSSS a une mission de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) • Le CSSS est gestionnaire du Centre de réadaptation en déficience physique L'InterAction • Le CSSS est gestionnaire de la centrale régionale d'Info-Santé • Le CSSS est gestionnaire de la Maison des naissances Colette-Julien **Mont-Joli :** - Siège social du CSSS, localisation du CLSC et du CHSLD - Centre administratif et point de service de L'InterAction - Point de service de L'Estran, du CJ et du CRDITED - Localisation de lits de longue durée psychiatrique gérés par le CSSS de Rimouski-Neigette **Les Hauteurs :** - Point de service du CLSC

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent			
Caractéristiques générales			
Territoire	**Population**	**Nombre de municipalités**	**Descriptif**
La Matapédia	18 716	18	• Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) **Amqui :** - Siège social du CSSS - Localisation du CH - Localisation du CLSC - Point de service du CJ, de L'Estran et du CRDITED **Causapscal et Sayabec :** - Points de service du CLSC **Lac-au-Saumon :** - Localisation du CHSLD
Matane	22 050	11	• Le CSSS a une mission de courte durée (CH), de longue durée (CHSLD) et de services communautaires (CLSC) **Matane :** - Siège social du CSSS - Localisation du CH, du CLSC et du CHSLD - Point de service de L'Estran, du CRDITED, du CJ et d'une unité de réadaptation du CJ **Baie-des-Sables :** - Point de service du CLSC **Les Méchins :** - Point de service du CLSC
TOTAL	**201 336**	**114**	• Six centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) • Deux urgences de stabilisation (Trois-Pistoles et Pohénégamook) • Quinze sites de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) • Huit centres locaux de services communautaires (CLSC) totalisant vingt-six points de service • Une maison des naissances • Une centrale régionalisée Info-Santé et Info-Social • Un centre jeunesse (CJ) ayant huit points de service en protection de la jeunesse et sept unités de réadaptation • Un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) et dix points de service • Un centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) et trois points de service • Un centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (CRAT) et dix points de service • Deux unités de médecine familiale (UMF)

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent						
Établissements et partenaires en santé et services sociaux						
Territoire	Budget brut final (en millions de dollars)	Personnel*(ETC)	Cliniques médicales**	GMF	Pharmacies	Organismes communautaires
Kamouraska	40,5	496	5	1	7	15
Rivière-du-Loup	88,6 (incluant le budget du CR L'Estran)	1 148	5	2	11	20
Témiscouata	33,8	404	5	1	7	18
Les Basques	15,2	206	0	1	3	7
Rimouski-Neigette	160	2 052	12	2	17	37
La Mitis	43,8 (incluant le budget du CR L'InterAction)	612	2	1	5	15
La Matapédia	36,4	410	3	1	5	13
Matane	43,3	542	5	1	5	13
Établissements régionaux	CJ : 29,5 CRDITED : 31,2	CJ : 354 CRDITED : 304				
Sous-total établissements	522,3					
Autres catégories	Transports ambulanciers : 19,4 Organismes communautaires : 17 GMF : 2,9 Technocentre régional : 1,9 Autres : 0,6					
TOTAL	564,1	6 528	38	10	60	138

* Source : Rapport financier annuel des établissements (AS-471), année 2010-2011, page 234 (ressources humaines de l'établissement).
** Peut inclure des points de service de GMF s'il y a lieu.

CHAPITRE 2

PRÉSENTATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

2.1 MISSION, RÔLE ET RESPONSABILITÉS

La mission ultime de l'Agence consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui les dispensent.

À cet effet, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) définit l'environnement du réseau de la santé et des services sociaux où les instances locales de gouverne de services de santé et de services sociaux doivent s'inscrire au sein d'un réseau régional dont la coordination est assurée par une instance régionale qu'est l'Agence.

Dans ce sens, l'Agence assume son **rôle de coordination,** particulièrement en matière d'organisation de services intégrés, de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Pour ce faire, **elle doit exercer les responsabilités suivantes** (art. 340) :

- Assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services et assurer le respect de ses droits (comités des usagers, comités des résidents, conseils d'administration, information sur les services, droits, recours et obligations des usagers, mécanismes de mesures de satisfaction);
- S'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- Exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- Développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de la région et les adapter aux particularités de ceux-ci;
- Évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- Gérer le service régional de conservation des dossiers des usagers incluant la gestion des profils d'accès et des consentements;
- Approuver les paramètres des services de santé et des services sociaux fixés par les établissements;
- Exercer, dans certaines circonstances prévues par la loi, un pouvoir de surveillance, d'enquête ou d'inspection;
- Exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

L'Agence **doit aussi assumer des fonctions liées à six grands secteurs :**

- **La coordination des services** (art. 352 à 370) :
  - Assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement, et favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
  - Assurer la coordination des services de la région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes;
  - Promouvoir les activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population et assurer la collaboration intersectorielle requise;
  - Déterminer les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de la région et s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination sont fonctionnels.

- **La gestion des ressources** (art. 376 à 385) :
  - Développer les plans régionaux de planification de main-d'œuvre et le plan des effectifs médicaux de la région;
  - S'assurer du regroupement de l'approvisionnement en commun;
  - Assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.

- **L'allocation des ressources** (art. 350-351) :
  - Allouer les budgets destinés aux établissements;
  - Accorder les subventions aux organismes communautaires;
  - Assurer l'administration et le financement des dépenses d'immobilisations et d'équipements effectuées par les établissements publics de sa région à l'égard des travaux qu'elle autorise;
  - Contrôler les budgets alloués et les subventions octroyées.

- **La santé publique** (art. 371 à 375) :
  - Mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
  - Organiser les services et allouer les ressources pour l'application du Plan d'action régional en santé publique.

- **L'organisation des services** (art. 346.1 à 349) :
  - Développer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
  - Faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région;
  - Développer un programme d'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise de la région;
  - Soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population.

- **Les priorités de santé et de bien-être** (art. 346-346.0) :
  - Veiller au respect des orientations nationales et des priorités en matière de santé et de bien-être;
  - Constituer et tenir à jour un registre des résidences pour personnes âgées et délivrer la certification à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées.

2.2 PLAN D'ORGANISATION, EFFECTIFS ET ORGANIGRAMME

Le Plan d'organisation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent adopté le 6 décembre 2006 par le conseil d'administration a fait l'objet d'une mise à jour en cours d'année. Dans la foulée, l'organigramme de l'Agence a été modifié, puis adopté le 6 décembre 2011. Par la suite, le plan d'organisation a été retravaillé pour être présenté au conseil d'administration en mai 2012. Ce plan et l'organigramme peuvent être consultés sur le site Web de l'Agence à l'adresse www.agencesssbsl.gouv.qc.ca.

Nous vous illustrons ici le tableau des effectifs de l'Agence ainsi que l'organigramme révisé par le conseil d'administration.

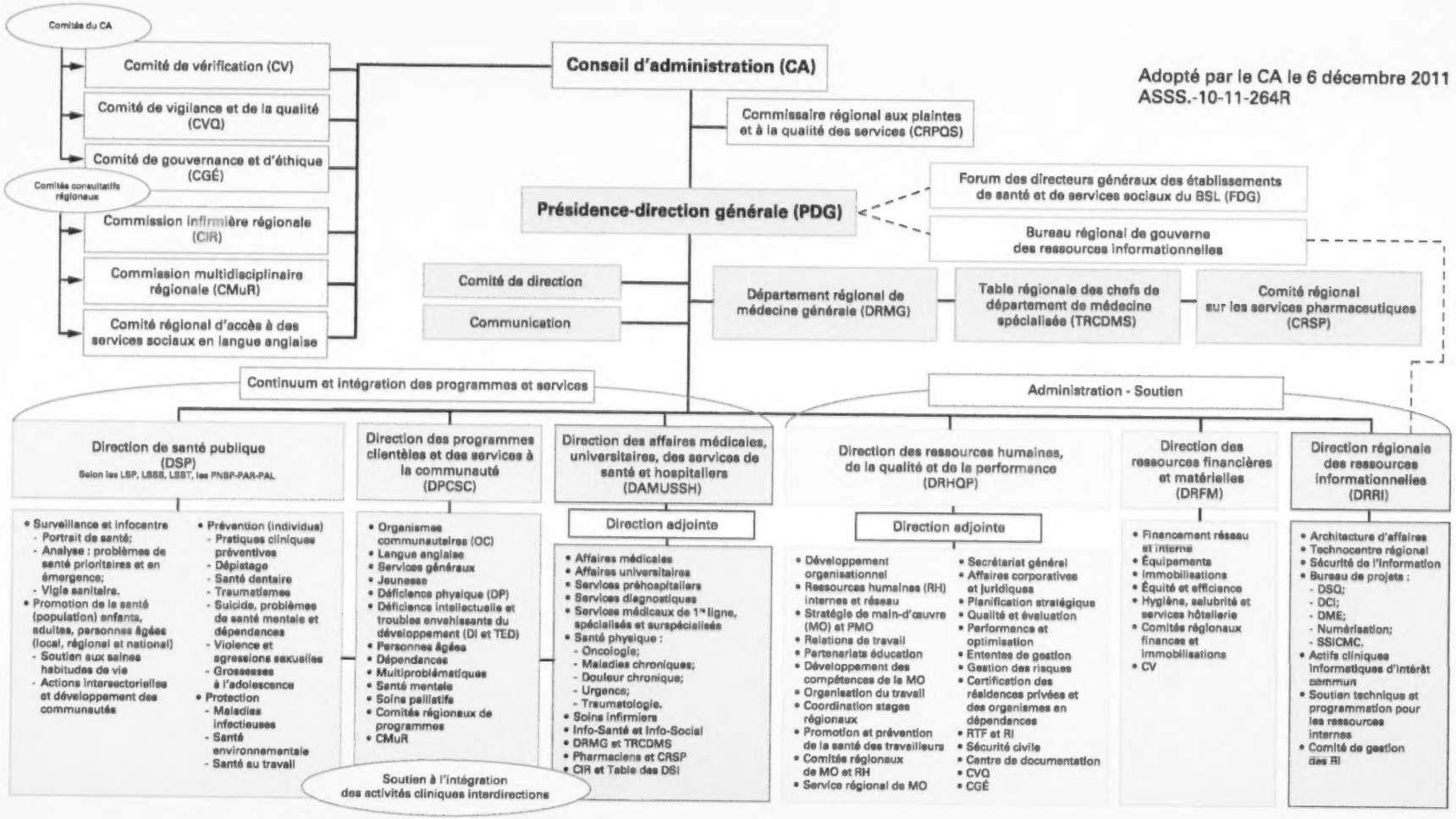
LES EFFECTIFS DE L'AGENCE

En date du 31 mars 2012	2011-2012	2010-2011
Les cadres		
• Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	7,86	9,16
• Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0,5	0,5
• Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers		
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	77,32	74,73
• Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	0	0
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels		
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	26 240	28 083
• Équivalents temps complet [b]	14,37	15,38

[a] L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par : 1 575 heures
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

[b] L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures

ORGANIGRAMME DE L'AGENCE



2.3 CONSEIL D'ADMINISTRATION

VACANCES EN COURS D'ANNÉE

Deux postes d'administrateurs ont été renouvelés en cours d'année, soit le poste issu des organismes représentatifs du milieu syndical et le poste issu du Département régional de médecine générale. Il est par ailleurs important de considérer qu'au cours de la prochaine année financière, plusieurs mandats d'administrateurs seront en processus de renouvellement. Ceci découle de l'entrée en vigueur des dispositions du projet de loi 127 concernant la composition du conseil d'administration des agences.

Au cours des douze derniers mois, les membres du conseil d'administration se sont réunis à six reprises en séance ordinaire et à deux reprises par conférence téléphonique. La loi prévoit au moins six rencontres par année.

COMPOSITION (au 31 mars 2012)

MEMBRES

M. Jean Desjardins, MRC de Kamouraska
M. Daniel Dionne, MRC de Rimouski-Neigette
Mme Suzanne Fournier, MRC de Rimouski-Neigette
M. Jean-Maurice Lechasseur (vice-président), MRC de La Mitis
Mme Deyna L'Heureux, MRC de Rimouski-Neigette
Mme Isabelle Malo, présidente-directrice générale
Mme Danielle Marcoux, MRC de La Matapédia
M. Jean-Paul Morin (président), MRC de Rimouski-Neigette
M. Émilien Nadeau, MRC de Témiscouata
M. André Patry, MRC de Rimouski-Neigette
Mme Luce Leblanc, MRC de Kamouraska
Mme Nadine Rouleau, MRC des Basques
M. Georges Roy, MRC de La Mitis
Mme Myriam Croteau, MRC de Rimouski-Neigette
Mme Guylaine Vaillancourt, MRC de Matane
Mme Lise Viens, MRC de Kamouraska

ÉTHIQUE DES ADMINISTRATEURS

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été révisé et adopté par le conseil d'administration le 10 décembre 2008. Une copie intégrale de ce code est annexée au présent rapport.

Pour l'année 2011-2012, aucun manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été signalé.

2.4 COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

MANDAT

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est responsable du respect des droits des personnes qui s'adressent à lui et du traitement diligent de leurs plaintes. Il intervient également de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Entre autres fonctions, il assure la promotion de l'indépendance de son rôle ainsi que la promotion du régime d'examen des plaintes auprès de la population. Il dresse, au besoin et au moins une fois l'an, un bilan de ses activités auquel il intègre l'ensemble des rapports en cette matière produits par les établissements de santé et de services sociaux de la région. Il exerce aussi un rôle de soutien au plan régional auprès des commissaires locaux des établissements.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

- Participation aux activités de la Table des commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services, et aux rencontres de la Table ministérielle des commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services.
- Rencontres avec la Table des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de la région, et collaboration avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas-Saint-Laurent (CAAP-BSL), avec l'organisme en défense de droits : PLAIDD-BF (Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Défense, Droit – Bas du Fleuve) ainsi qu'avec les organismes du milieu dont le mandat vise à contrer la maltraitance envers les personnes aînées.
- Présentation de rapports périodiques sur les activités du commissaire régional au Comité de vigilance et de la qualité, ainsi qu'au conseil d'administration de l'Agence.
- Examen complété en 2011-2012 de 82 dossiers, soit :
  - 15 plaintes;
  - 13 interventions, dont 11 concernaient les résidences privées pour aînées;
  - 46 demandes d'assistance;
  - 8 demandes de consultation.

Formation en regard des droits des usagers et du régime d'examen des plaintes

- Participation à une formation sur *Le pouvoir d'intervention et l'indépendance du processus de plainte et les protections accordées,* réunissant les commissaires aux plaintes et à la qualité des services des régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.
- Participation au colloque *Connaissance et respect des droits des aînés en résidences d'hébergement,* organisé par le CAAP-BSL.
- Promotion, sur le site Internet de l'Agence, de différents renseignements sur le régime d'examen des plaintes.

2.5 COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

MANDAT

Le Comité de vigilance et de la qualité veille à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou des autres utilisateurs de services concernant les personnes, organismes ou fonctions qui peuvent faire l'objet d'une plainte. Il assure le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que celles du Protecteur du citoyen, le cas échéant.

COMPOSITION (au 31 mars 2012)

MEMBRES

Mme Guylaine Vaillancourt
Membre du conseil d'administration
Mme Suzanne Fournier
Membre du conseil d'administration
M. André Patry
Membre du conseil d'administration
Mme Isabelle Malo
Présidente-directrice générale
M. Yvon Delage
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
M. René Dumont
Directeur des ressources humaines, de la qualité et de la performance

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Outre la prise en compte des rapports du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services portant sur le régime d'examen des plaintes, le comité a été informé des sujets suivants :

- Le colloque du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes du Bas-Saint-Laurent portant sur les droits des aînés dans les résidences privées d'hébergement et sur le traitement des plaintes dans ces résidences;
- La publication du Registre national des incidents et des accidents survenus, afin d'améliorer la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux.

2.6 COMITÉ DE VÉRIFICATION

MANDAT

Le Comité de vérification de l'Agence prend connaissance, entre autres, des résultats des vérifications externes et s'assure que des suites sont données aux recommandations. Il fait des recommandations au conseil d'administration concernant les états financiers et, s'il y a lieu, concernant les conventions comptables et tout autre rapport de vérification. Il est aussi à la disposition du vérificateur et lui vient en aide dans le cours de son mandat.

COMPOSITION DU COMITÉ (au 31 mars 2012)

MEMBRES

Mme Danielle Marcoux
M. Émilien Nadeau
M. Jean-Paul Morin
M. Georges Roy (substitut)

PERSONNE RESSOURCE DÉLÉGUÉE PAR LA PDG DE L'AGENCE

M. Richard Pineau, directeur des ressources financières et matérielles par intérim

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Le Comité de vérification a fait les recommandations suivantes au conseil d'administration :

- L'adoption du budget du Programme de Santé au travail pour l'exercice se terminant le 1er janvier 2012;
- L'adoption des états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour l'exercice se terminant le 31 mars 2011, vérifiés par le vérificateur externe;
- L'adoption du budget d'opération de l'Agence;
- L'approbation de la répartition de l'enveloppe régionale 2011-2012 du soutien financier aux organismes communautaires;
- L'approbation de la répartition de l'allocation de 369 049 $ prévue à l'enveloppe régionale des crédits 2011-2012 pour les coûts de programmes des organismes communautaires;
- Confier la vérification externe 2011-2012 à la firme Raymond Chabot Grant Thornton;
- L'adoption du bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité 2010-2011 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Le Comité de vérification a aussi effectué le suivi de l'entente de gestion entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de façon plus spécifique :

- Prendre connaissance annuellement de l'entente de gestion intervenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence;
- Assurer le suivi de l'entente auprès du conseil d'administration.

Il a de plus assuré un suivi de la gestion du budget de fonctionnement de l'Agence.

Sécurité informatique

Les membres ont été informés des démarches effectuées au Technocentre concernant le volet sécurité informatique, plus précisément la mise en place de la phase analyse des risques en sécurité de l'information, comme définie dans le cadre de gestion du MSSS.

Cible de réduction de la loi 100 et d'optimisation du MSSS

Les membres du comité ont pris connaissance des cibles de réduction concernant l'implantation de la loi 100 et d'optimisation comme définie par le MSSS et ont effectué un suivi rigoureux.

Le comité a été en mesure d'apprécier :

- La capacité du réseau régional à atteindre les objectifs fixés dans le projet de loi 100;
- La capacité du réseau d'atteindre les cibles fixées sans diminuer l'offre régionale de service à la population.

2.7 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MANDAT

Le Département régional de médecine générale a la responsabilité de faire des recommandations au président-directeur général (PDG) de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique. Il formule également des propositions et donne son avis sur la planification, l'organisation et l'accessibilité des services médicaux généraux.

COMPOSITION (au 31 mars 2012)

MEMBRES ÉLUS

Dre Diane Comeau
Chef
Dre Josée-Mélanie Fortin
Dr Éric Paradis

MEMBRES COOPTÉS

Dr Guildo Côté
Dre Myriam Croteau
Dr Jean Hudon
Dr Jean-François Hérard
Dr Éric Lavoie
Dre Maryse Lemieux
Dre Jacynthe Vallée
Adjointe au chef

AUTRES MEMBRES EN PROVENANCE DE L'AGENCE

Mme Isabelle Malo
Présidente-directrice générale, membre d'office
Dre Fabienne Roy
Médecin désignée par la PDG

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Au cours de la dernière année, les membres ont abordé les sujets suivants :

- Plans régionaux d'effectifs médicaux en omnipratique :
  - arrivées et départs, avis de conformité
  - répartition des objectifs de croissance et indice d'équité intrarégional
  - lieux de désignation pour les boursiers RAMQ
  - attribution des primes d'installation
  - évaluation des besoins en effectifs pour l'enseignement médical
  - transfert d'un poste du PREM 2012 de l'Agence du Bas-Saint-Laurent à celle de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine en retour d'un poste prêté par cette région dans le cadre du PREM 2010
- Nouvelle procédure pour le parrainage des candidats au permis restrictif;
- Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) France – Québec en omnipratique;
- Difficulté d'effectifs médicaux à la clinique d'urgence mineure du CSSS de La Mitis;
- Projet de tournées hospitalières au CSSS de Rivière-du-Loup par les médecins de Trois-Pistoles;
- Plan d'effectifs médicaux universitaires (PEMU);
- Plans régionaux d'effectifs médicaux en spécialité et portfolio 2011-2012 des CSSS;
- Renouvellement des conventions entre l'Agence du Bas-Saint-Laurent et les GMF de Matane, du Grand-Portage et des Basques;
- Coordonnateurs médicaux et guichets d'accès pour la clientèle vulnérable;
- Informatique médicale : numérisation des dossiers, prescripteur électronique, informatisation des suivis systématiques en maladies chroniques, plan stratégique régional des ressources informationnelles et clinique médicale virtuelle (CMV);
- Activités médicales particulières : adhésions et respects des engagements des omnipraticiens;
- Mécanisme de dépannage pour les CSSS de Kamouraska, de Témiscouata, de Rivière-du-Loup et de Matane;
- Gestion proactive des rendez-vous ("advanced access").

2.8 TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

MANDAT

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée a le mandat de faire des recommandations sur le plan régional des effectifs médicaux spécialisés et d'assurer son application. Aussi, elle définit, propose et évalue un plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés.

PRINCIPALES DÉCISIONS DE L'ANNÉE

- Recommandation de l'adoption du Plan régional des effectifs médicaux spécialisés (PREM) 2011-2015;
- Avis positif sur l'implantation de la chirurgie bariatrique dans les CSSS de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette;
- Avis sur la couverture des gardes en radiologie pour l'est du territoire;
- Avis sur la hiérarchisation des examens de laboratoire;
- Avis sur la liste prioritaire de développement concernant les équipements médicaux spécialisés;
- Avis sur la mise en œuvre du plan stratégique régional des ressources informationnelles;
- Avis préliminaire sur l'optimisation des blocs opératoires des CSSS.

COMPOSITION (au 31 mars 2012)

MEMBRES ÉLUS

Dr Daniel Dionne, président
Dre Sabrina Selmani
Dre Jocelyne Synnott

MEMBRES COOPTÉS

Dr Joffre-Claude Allard
Dr Jean-François D'Amours
Dr Jean-François de la Sablonnière
Dr Mircea Ghinea
Dr Omar Naser Hasan
Dr Jean-François Landry, vice-président
Dre Diane Plourde

MEMBRE DE L'AGENCE

Mme Isabelle Malo
Présidente-directrice générale, membre d'office
Dr Michel Y Pelletier
Membre invité, répondant pour les services médicaux spécialisés

2.9 COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

MANDAT

Le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) a le mandat de faire des recommandations au président-directeur général (PDG) de l'Agence sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre. Il a également le mandat de donner des avis sur :

- l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques;
- les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Au cours de la dernière année, le CRSP a abordé les sujets suivants :

- Offre de service et valeur ajoutée de pharmaciens en GMF;
- Solutions aux erreurs identifiées dans le processus du bilan comparatif du médicament;
- Ordonnances collectives régionales;
- Rationalisation de la médication des usagers en CHSLD;
- Sensibilisation à la dépendance aux médicaments et prévention du suicide;
- Ressources informationnelles en lien avec les services pharmaceutiques.

COMPOSITION (au 31 mars 2012)

PHARMACIENS ÉLUS

Mme Marlène Collard, présidente
Mme Geneviève Patry
M. James Hill

PHARMACIENS COOPTÉS

Mme Marie-Claude Côté
Mme Amélie Boudreau
Mme Martine Lafrance
Mme Cynthia Paradis

PHARMACIENNE INVITÉE

Mme Marie-Ève Caron

AUTRES MEMBRES EN PROVENANCE DE L'AGENCE

Mme Isabelle Malo
Présidente-directrice générale, membre d'office
Mme Marie-Josée Papillon
Pharmacienne désignée par la PDG
Dre Diane Albert
Membre invité, répondante pour les services pharmaceutiques

2.10 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

MANDAT

La Commission infirmière régionale donne son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins et services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre. Elle se prononce également sur les approches novatrices en santé et leurs incidences.

COMPOSITION (au 31 mars 2012)

MEMBRES

Mme Deyna L'Heureux, Cégep de Rimouski, présidente
Mme Martine Breton, CSSS de Témiscouata
Mme Liliane Dubé, CSSS de Kamouraska
M. Normand Lavoie, CSSS de La Matapédia
Mme Brigitte Fiset, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Mme Isabelle Ouellet, CSSS de Matane
Mme Nicole Ouellet, Université du Québec à Rimouski (UQAR)
Mme Josette Philippe, CSSS de Témiscouata
M. Frédérick Ross, CSSS de Rimouski-Neigette
Mme Line Ruest, CSSS de Témiscouata
Mme Georgette Tremblay, CSSS des Basques
Mme Marie-Claude Verreault, CSSS de Matane
Mme Nancy St-Pierre, CSSS de La Mitis
Mme Brigitte Lavoie, CSSS de Rivière-du-Loup

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

La Commission infirmière régionale a traité les sujets suivants :

- Lois modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives (loi 21 et loi 90);
- Journée carrière en santé;
- Journée Partage d'organisation de travail en soins infirmiers;
- Programme des maladies chroniques et Programme des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) et du module formation;
- Interprétariat pour les personnes vivant un problème de surdité;
- État de la main-d'œuvre régionale et des différents dossiers liés à la planification de la main-d'œuvre, ÉCOS, Préceptorat;
- Présentations sociales des soins palliatifs chez un groupe de professionnels de CLSC dans le cadre d'une étude doctorale de Mme Marjolaine Bellavance;
- Bilan du plan d'action en santé mentale;

- Orientations relatives à l'organisation des soins et services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS;
- Maltraitance chez les aînés et le rôle de la coordonnatrice à l'Agence;
- Mécanisme d'accès en dépendances;
- Consommation inappropriée des médicaments psychotropes;
- Consortium InterEst Santé formé des agences de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR);
- Projet Info-Social;
- Déploiement du Plan d'action régional en santé publique 2010-2015;
- Impacts de la nouvelle offre de service en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement;
- Information sur le rôle et le mandat d'un RUIS;
- Partage d'information sur le plan d'intervention (PI), le plan interdisciplinaire d'intervention (PII), le plan d'intervention disciplinaire (PID) et le plan thérapeutique infirmier (PTI).

2.11 COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

MANDAT

La Commission multidisciplinaire régionale donne son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins et services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre. Elle donne également son avis sur les approches novatrices en santé et leurs incidences.

COMPOSITION (au 31 mars 2012)

MEMBRES

Mme Ève Bélanger, UQAR
Mme Denise Dufour, Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent
M. Pierre-Paul Malenfant, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Mme Claire Michaud, CRDITED du Bas-Saint-Laurent
Mme Claire Page, UQAR
Mme Nadine Rouleau, CSSS de Rivière-du-Loup
Mme Lise Ross, présidente, CSSS de Matane
Mme Johanne Théberge, CSSS de Rimouski-Neigette
Mme Lise Verreault, CSSS de Kamouraska

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a traité les sujets suivants :

- Pistes de travail visant la valorisation des métiers identifiés en pénurie et le recrutement de la main-d'œuvre;
- Maltraitance chez les aînés;
- Consommation inappropriée des médicaments psychotropes;
- Contenu clinique favorisant l'accueil et l'orientation des professionnels multidisciplinaires;
- Impacts du projet de loi 21 sur les pratiques professionnelles;
- Accès et potentiel d'utilisation des bases de données pour les professionnels;
- Impacts de la nouvelle offre de service en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement;
- Plan d'action régional de santé publique;
- Information sur le rôle et le mandat d'un RUIS;
- Partage de l'information sur le plan d'intervention (PI), le plan interdisciplinaire d'intervention (PII), le plan d'intervention disciplinaire (PID) et le plan de traitement infirmier (PTI);
- Programme des maladies chroniques et Programme des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) et du module formation;
- Interprétariat pour les personnes vivant un problème de surdité;

- État de la main-d'œuvre régionale et des différents dossiers liés à la planification de la main-d'œuvre, ÉCOS, Préceptorat;
- Bilan du plan d'action en santé mentale;
- Orientations relatives à l'organisation des soins et services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS;
- Consommation inappropriée des médicaments psychotropes;
- Consortium InterEst Santé formé des agences de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, ainsi que de l'Institut national de santé publique (INSPQ) et de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR);
- Déploiement du Plan d'action régional en santé publique 2010-2015.

Renouvellement du processus de désignation des membres de la Commission multidisciplinaire régionale

Comme la loi et les règlements en vigueur le prévoient, l'année 2012-2013 sera marquée par le renouvellement du processus de désignation des membres, un exercice que doit mener à terme le conseil d'administration de l'Agence.

2.12 COMITÉ RÉGIONAL D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE

MANDAT

Le Comité régional d'accès aux services en langue anglaise donne son avis sur le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise élaboré conformément à l'article 348 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Il donne également son avis sur les modifications à apporter au programme à la suite de l'évaluation qu'il en fait et sur toute situation où l'application du programme peut soulever certaines problématiques en regard de la coordination de l'ensemble des services ou du respect des droits des personnes d'expression anglaise relativement à ces services.

L'article 348 de la loi stipule que les agences doivent, en collaboration avec les établissements de leur territoire, développer un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de leur région. Ce programme doit être approuvé et révisé tous les trois ans.

SITUATION RÉGIONALE

Population anglophone

Selon les données de Statistique Canada, la population anglophone estimée pour le Bas-Saint-Laurent est de 1 328 personnes, soit 0,66 % de la population (une augmentation de 7 % depuis 2001, alors que la population du Bas-Saint-Laurent est restée stable). La majorité des personnes d'expression anglaise se trouve dans les municipalités régionales de comté (MRC) de Rimouski-Neigette (395), de La Mitis (215), de Rivière-du-Loup (173), de Matane (170), de Témiscouata (155) et de Kamouraska (108).

Centres désignés

Aucun établissement n'a été officiellement désigné au Bas-Saint-Laurent par le législateur. Toutefois, le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise élaboré par l'Agence, en collaboration avec le Comité régional et les établissements concernés, a ciblé deux établissements « indiqués » pour desservir la population anglophone de la région du Bas-Saint-Laurent. Il s'agit du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette ainsi que du Centre de santé et de services sociaux de La Mitis.

COMPOSITION (au 31 mars 2012)

Mme Evelyn Annett, représentante de la communauté anglophone de Métis-sur-Mer
Mme Kathy Dodson, représentante de la communauté anglophone de Métis-sur-Mer et présidente du comité
Mme Marie Beauchesne, représentante du Centre de santé et de services sociaux de La Mitis
Mme Gina Marmen, représentante du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette
Mme Julie Bérubé, coordonnatrice pour le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Mme Marie-Claude Giroux, représentante de Heritage Lower Saint-Lawrence, organisme communautaire dont le mandat couvre l'ensemble de la communauté anglophone du Bas-Saint-Laurent

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

- Consolidation des services en langue anglaise (formation du personnel en collaboration avec l'Université McGill) s'est poursuivie;
- Mise sur pied de nombreux projets dans la communauté de Métis-sur-Mer, notamment à l'école;
- Réalisation de différentes activités de promotion de la santé (projet en art visuel et corporel pour contrer les problèmes d'anxiété, de dépression et pour favoriser l'estime de soi, promotion d'une saine alimentation, projet d'éducation à la sexualité, promotion de la santé par différents ateliers, documentaires, livres, etc. ayant aussi pour but de contrer l'isolement des personnes âgées);
- Traduction, impression et diffusion de différents dépliants pour les CSSS de la région;
- Traduction d'une section du site Web de l'Agence;
- Traduction de différents outils (brochures d'information, questionnaire préséjour, DVD de l'Hôtellerie, site Web de l'Association du cancer de l'Est du Québec [ACEQ]) grâce au soutien financier de l'ACEQ.

2.13 COMITÉ AVISEUR SUR LES CONDITIONS DE VIE DES FEMMES

MANDAT

Le Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes donne son avis ou, de façon occasionnelle, collabore à la conception et au développement de divers programmes, projets ou dossiers pouvant influencer l'état de santé et de bien-être des femmes. Il agit sur toute autre question pouvant avoir une incidence sur les conditions de santé des femmes.

COMPOSITION (au 31 mars 2012)

Mme Suzelle Lambert, présidente, Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent
Mme Pascale Parent, CALACS de Rimouski
Mme Maryse Desjardins, Regroupement des femmes de la région de Matane
Mme Monia Gagné, Centre Femmes de la Vallée de la Matapédia
Mme Sylvie Bouchard, Conseil du statut de la femme
Mme Solange Lévesque, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

FAITS SAILLANTS

- Conception d'une trousse de formation pour une reprise de pouvoir individuelle et collective, distribuée aux groupes membres du Réseau des tables de concertation de groupes de femmes;
- Rédaction d'un avis sur la santé mentale des aînées et la surmédication;
- Présentation de la recherche *Santé mentale au Québec : les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins*, réalisée par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes;
- Préparation d'une trousse d'animation pour un atelier sur la prostitution, destinée aux groupes membres de la Table de concertation;
- Élaboration, par une chercheuse de l'Université du Québec à Chicoutimi, d'un portrait de l'industrie du sexe au Bas-Saint-Laurent. La Conférence régionale des éluEs du Bas-Saint-Laurent a accepté de financer cette étude préliminaire en 2013;
- Préparation d'un dossier sur les moyens utilisés par des hommes engagés dans la lutte contre la marchandisation du corps des femmes.

CHAPITRE 3

FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 2011-2012

3.1 L'ACTION CONCERTÉE SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

3.1.1 LES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

En novembre 2011, la Direction de santé publique a publié la mise à jour du Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2010-2015. Ce document présente les besoins de promotion de la santé, de prévention de la maladie et de protection de la santé au Bas-Saint-Laurent. Grâce à un portrait de santé établi par des travaux de surveillance en santé publique, nous avons été en mesure de déterminer les dix champs d'activité qui devront faire l'objet d'un effort de consolidation particulier. Aussi, trois stratégies d'action en santé publique sont priorisées, soit le développement des communautés, l'action intersectorielle et la prévention par les cliniciens.

Dix champs d'activité à consolider d'ici 2015

Pour toute la population

- Soutien aux saines habitudes de vie;
- Soutien aux initiatives en transport actif sécuritaire, particulièrement en milieu urbain;
- Prévention des chutes;
- Prévention du suicide;
- Prévention des dépendances et de la surconsommation de médicaments psychotropes;
- Lutte aux ITSS et services de santé sexuelle;
- Couverture vaccinale;
- Lutte aux infections nosocomiales.

Pour les femmes enceintes, nouveau-nés, enfants et adolescents

Promotion de la santé et prévention de la maladie :

- En périnatalité (Initiative Amis des bébés et SIPPE);
- En milieu scolaire (approche École en santé).

Le PAR s'adresse aux directions des établissements et aux responsables de santé publique dans un CSSS, aux cliniciens désirant exercer davantage en prévention et aux partenaires travaillant à des actions de santé publique à l'intérieur ou hors du réseau de la santé et des services sociaux. Le PAR est un plan de navigation qui nous permet, ensemble, de garder le cap sur la santé en agissant en promotion et en protection de la santé ainsi qu'en prévention de la maladie. Il est publié en conformité avec le Programme national de santé publique, la Loi sur la santé publique et la Planification stratégique 2010-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Périnatalité

Dans le cadre des actions régionales portées par la santé publique en périnatalité, l'Agence a présenté aux établissements les orientations régionales pour le dossier allaitement maternel et les mesures de soutien 2011-2015. Depuis 2005, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont soutenus financièrement afin qu'ils implantent ce programme et qu'ils obtiennent la certification internationale Ami des bébés. Environ 630 000 $ ont été investis dans les établissements pour soutenir les changements dans les pratiques hospitalières et augmenter le niveau de compétence des professionnels. Par cet investissement, la région a obtenu deux certifications, soit la Maison des naissances Colette-Julien du CSSS de La Mitis de même que le CSSS de Kamouraska.

En cours d'année, de grandes avancées ont été réalisées dans l'implantation de ce programme, comme en témoignent les résultats de l'évaluation du Niveau d'implantation dans les établissements du Québec, qui été présentée par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2008. Considérant les grandes avancées et la mobilisation des établissements, un soutien financier de base a été offert conditionnellement à un engagement de la part du CSSS de poursuivre le programme de manière intensive dans le but d'entrer dans le processus de certification dans un délai acceptable (d'ici octobre 2012). Tous les CSSS de la région ont adhéré favorablement à cette offre et se sont engagés par écrit à y répondre.

Depuis quelques années, des activités de groupe du type halte-allaitement ont été entreprises dans la majorité des CSSS du Bas-Saint-Laurent. Afin d'améliorer l'offre de service et de soutien à l'allaitement maternel, l'Agence a proposé aux établissements de soutenir et reconnaître l'activité clinique des haltes-allaitement conditionnellement à une implantation préalable d'un minimum

de douze mois par le CSSS, et ce, à raison d'une halte-allaitement par semaine. La grande majorité des établissements a accueilli favorablement cette mesure et a intégré officiellement cette activité dans l'offre de service offerte aux femmes dans leur territoire.

Les activités de promotion et prévention chez les jeunes

Par les différents constats qui découlent de la mise à jour du PAR de santé publique 2010-2015, de l'actualisation du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, conjugués aux données de plus en plus préoccupantes en matière d'infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes, l'Agence a revu et mis à jour l'offre de service en promotion et prévention pour les jeunes en milieu scolaire. Près de 300 000 $ ont été investis dans le réseau afin d'augmenter le temps que l'infirmière scolaire consacre à des activités cliniques et d'aide, de même qu'à des activités de promotion et prévention réalisées en milieu scolaire en lien avec ces problématiques :

- tabac et autres dépendances
- obésité
- prévention des grossesses à l'adolescence
- prévention et dépistage des ITSS
- violence
- rapport égalitaire entre les sexes et l'hypersexualisation

La concrétisation de ces mesures permettra d'augmenter l'accessibilité, la qualité et la continuité des activités cliniques et d'aide auprès des jeunes. Elle permettra également une meilleure planification concertée avec les écoles et la réalisation d'activités de promotion et prévention en milieu scolaire. Tout cela, dans le but d'améliorer la santé et le bien-être de nos jeunes au Bas-Saint-Laurent.

En soutien à l'approche École en santé, les superviseurs cliniques et les professionnels travaillant en contexte scolaire ont reçu du soutien clinique et de la formation continue. L'intégration des critères d'efficacité entourant les interventions préventives en contexte scolaire qui ont été diffusés par l'Institut national de santé publique (INSPQ) a fait l'objet d'un travail particulier cette année.

Le comité régional COSMOSS en matière de saines habitudes de vie a poursuivi ses travaux en lien avec les priorités régionales. À l'aide d'un financement de 300 000 $ obtenu par Québec en forme, le projet régional *À nos marmites : 1-2-3 santé,* qui a pour but de revoir l'environnement alimentaire (connaissances des intervenants et des parents sur le plan de l'alimentation des tout-petits, offre alimentaire, pratiques et comportement lors des repas, pratiques d'achat, etc.) en CPE et dans les milieux de garde familiaux de la région, a débuté ses activités.

Deux ressources professionnelles ont pu être embauchées et hébergées dans les bureaux du Réseau des services à la petite enfance de l'Est du Québec (RESPEQ) afin de faciliter leur travail dans ce réseau. L'équipe de projet peut également bénéficier de l'expérience acquise par l'équipe de recherche d'Extenso, affiliée à l'Université de Montréal, en faisant également partie d'un projet pilote permettant le transfert des connaissances acquises par ce partenaire. Ce projet, qui se poursuivra jusqu'en mars 2014, vient ainsi répondre au besoin de travailler le volet alimentation chez les 0 à 5 ans. Les personnes visées par ce projet sont les gestionnaires, les éducatrices et responsables de l'alimentation de CPE, les responsables de milieux familiaux et évidemment, les parents et les enfants de 0 à 5 ans.

Santé dentaire publique

Scellants dentaires

L'application sélective d'agents de scellement sur les molaires permanentes fait partie des pratiques cliniques préventives que la Direction de santé publique soutient de façon prioritaire, et ce, en conformité avec la Planification stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette mesure préventive est reconnue la plus efficace pour prévenir la carie dentaire des fosses et des sillons où plus de 80 % des caries dentaires se développent en dentition permanente. Elle a été réalisée par les hygiénistes dentaires de sept CSSS de la région. Ainsi, 1 117 enfants ont été rejoints, ce qui permet de protéger 4 191 dents et 6 093 faces dentaires contre la carie. Cette mesure préventive n'étant pas défrayée par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ), les parents de la région auraient eu à payer pour offrir cette mesure préventive à leurs enfants.

Répartition selon le territoire de centre de santé et des services sociaux			
Nom du CSSS	Nombre d'enfants	Nombre de dents	Nombre de faces dentaires
Kamouraska	106	396	576
Rivière-du-Loup	156	541	773
Les Basques	149	515	733
Rimouski-Neigette	201	769	1 202
La Mitis	45	155	231
La Matapédia	315	1 245	1 746
Matane	145	570	832
Total	**1 117**	**4 191**	**6 093**

3.2 LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION ET DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES

3.2.1 L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE

PREM EN OMNIPRATIQUE

Le Plan régional des effectifs médicaux (PREM) en omnipratique 2012, adopté le 30 novembre 2011 par les membres du conseil d'administration de l'Agence, présentait un rehaussement autorisé de onze postes, lesquels ont été répartis entre les MRC sur la base de l'indice intrarégional d'équité qui reflète l'atteinte des besoins reconnus dans chaque territoire.

MRC des Basques : quatre postes
MRC de Kamouraska : trois postes
MRC de Rivière-du-Loup : trois postes
MRC de Témiscouata : un poste

Au 30 novembre 2011, 254 omnipraticiens étaient installés au Bas-Saint-Laurent, soit le même nombre que l'année précédente. Au total, dix arrivées et dix départs sont survenus en cours d'année. Le taux d'atteinte des besoins reconnus en omnipratique est de 67 % dans la MRC des Basques, alors qu'il varie entre 80 % et 96 % dans les autres MRC. Par ailleurs, onze arrivées et vingt départs ont été annoncés pour l'année 2012, un phénomène inédit et préoccupant dans la région.

Sur les onze postes autorisés du PREM 2012, un poste a été transféré à la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine en retour du prêt que cette région avait fait au Bas-Saint-Laurent en 2010 et pour lequel une entente avait été signée entre les deux régions en janvier 2010. De plus, un médecin ayant une pratique minimale pour des raisons de santé a obtenu une exemption du Comité de gestion des effectifs médicaux en omnipratique pour s'installer au Bas-Saint-Laurent sans avis de conformité.

GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

Les 10 groupes de médecine de famille du Bas-Saint-Laurent comptent 112 349 inscriptions, dont 43 259 sont des personnes à la condition de santé vulnérable. De fait, avec 156 médecins partenaires, 56 % de la population régionale totale est inscrite en GMF, ce qui comprend un ratio de clientèle vulnérable supérieur à la moyenne provinciale. Tous les GMF de la région travaillent en interdisciplinarité avec des professionnels autres que les médecins et infirmières GMF tels des kinésiologues, des nutritionnistes et des infirmières en maladies chroniques.

Au cours de l'année, le Groupe de médecine de famille du Boisé Langevin, situé à Rimouski, a reçu son accréditation. Toujours en développement, ce GMF a comme cible l'inscription de 12 000 patients dans son unique point de service. Il regroupe sept

médecins et compte, outre le personnel régulier d'un cabinet ou d'un établissement, deux infirmières et deux personnes affectées au soutien administratif.

De plus, le Département régional de médecine générale a procédé aux renouvellements trisannuels des groupes de médecine de famille de Matane, des Basques et du Grand-Portage.

GUICHET D'ACCÈS POUR LES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

La région compte un guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille dans chacun des huit CSSS. Les quelque 225 médecins de la région qui y participent ont pris en charge plus de 8 000 patients orphelins au cours de la dernière année.

INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES

La région du Bas-Saint-Laurent recevra dix postes d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) d'ici 2017. Actuellement, quatre IPS sont en fonction à Rivière-du-Loup, au Témiscouata et à Matane. Le comité d'implantation des IPS s'est réuni avec différents partenaires en octobre 2011 afin de s'assurer de l'intégration de celles-ci dans notre milieu.

3.2.2 LES SERVICES INFO-SANTÉ ET LE SERVICE TÉLÉPHONIQUE POUR LES PERSONNES ÉPROUVANT DES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX

INFO-SANTÉ

Faits saillants

- Nombre d'appels : 55 855 appels;
- Nombre de clientèles vulnérables enregistré : 239 usagers;
- Délai de réponse téléphonique : Info-Santé répond à 67 % des appels à l'intérieur de quatre minutes;
- Formation électronique des protocoles en soins infirmiers pour l'intervention téléphonique.

Perspectives

- Poursuivre l'enregistrement de la clientèle à Info-Santé avec les CSSS et les GMF;
- Cible nationale : accès accru de 5 % pour Info-Santé d'ici trois ans. L'objectif régional n'est pas atteint. On prévoit une augmentation au cours de la prochaine année.

INFO-SOCIAL

Faits saillants

- Pour donner suite à une orientation de la Planification stratégique 2010-2015 au sujet du service Info-Santé et de l'accès à un service téléphonique pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux, un projet pilote d'une durée d'un an a été expérimenté par le Centre de santé et des services sociaux (CSSS) de La Mitis afin d'inscrire les clientèles vulnérables provenant des huit CSSS. Le projet a débuté le 1er avril 2011. Ce service expérimental devait être accessible en dehors des heures d'ouverture des CSSS. Un processus d'évaluation soutenu par l'Agence a été mis en place. Résultat : l'Agence est favorable à l'implantation du service Info-Social moyennant certaines conditions. L'année à venir devrait permettre la documentation de ces conditions;
- Nombre de clientèles vulnérables enregistré d'aspect psychosocial : 16 usagers;
- 116 appels d'ordre psychosocial reçus (jours, soirs, nuits, fins de semaine, jours fériés) d'octobre 2011 à janvier 2011 (40 appels de la région et 76 appels des autres régions);
- 1 678 appels traités par les intervenants psychosociaux;
- 79,10 % des appels répondus à l'intérieur de quatre minutes.

Perspectives

- Poursuivre l'enregistrement de la clientèle à Info-Social avec les CSSS et les GMF;
- Poursuivre les activités du comité de travail visant notamment à éliminer les doublons;
- L'optimisation du service à Info-Social fait partie des actions à poursuivre.

RÉPERTOIRE DE RESSOURCES

Ce répertoire est un bottin de plus de 30 000 ressources de la province. Il s'avère un outil indispensable pour le personnel œuvrant au service régional Info-Santé et Info-Social ainsi que pour les CSSS, afin qu'ils puissent orienter la clientèle vers les ressources appropriées.

Faits saillants

- Bottin de plus de 30 000 ressources de la province, dont 838 proviennent du Bas-Saint-Laurent;
- Taux de mise à jour pour la région : 94 %;
- Le MSSS et l'Agence ont une entente pour insérer le répertoire des ressources du Bas-Saint-Laurent sur le site Web de l'Agence;
- Chaque CSSS a un pilote local;
- Pilote régional situé au CSSS de La Mitis;
- Soutien financier de l'Agence pour la formation des formateurs locaux et du formateur régional;
- Activation du Portail Web santé mieux-être depuis le 20 mars 2012;
- Mise à jour quotidienne des informations.

Perspective

- Poursuite des efforts de mise à jour des données.

3.2.3 LES SERVICES DISPENSÉS AUX CLIENTÈLES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES OU DE CANCER

MALADIES CHRONIQUES

L'année 2011-2012 a été le moment choisi pour procéder à l'analyse des processus de travail et de l'offre de service en maladies chroniques au Bas-Saint-Laurent. À cet égard, une tournée des CSSS a eu lieu à l'automne 2011 et avait pour objectifs les points suivants :

1. Réaliser l'état de situation spécifique à chaque CSSS pour les services en maladies chroniques et de façon globale dans l'établissement;
2. Identifier les problématiques, les raisons justifiant la non-atteinte des cibles de gestion ou les écueils actuels;
3. Définir des pistes de solution sur les plans stratégique, opérationnel et clinique;
4. Déterminer, avec le CSSS, les priorités d'action à court, moyen et long termes pour l'optimisation des services en maladies chroniques.

Ainsi, l'Agence poursuivra son accompagnement et son soutien aux CSSS afin de s'assurer que ces derniers puissent établir un plan d'action et ajuster le tir selon les recommandations qui leur ont été formulées à la suite de la tournée des CSSS.

En ce qui concerne le nombre d'usagers ayant bénéficié des services offerts par les professionnels des équipes en maladies chroniques en 2011-2012, notons les 5 442 nouveaux cas en maladies chroniques dont 1 969 nouveaux cas en diabète. Les professionnels des équipes en maladies chroniques (infirmières, nutritionnistes, kinésiologues et autres professionnels) ont réalisé 43 213 interventions individuelles auprès des usagers aux prises avec différentes maladies chroniques.

Formations et outils en maladies chroniques

Plusieurs nouveaux guides pratiques en maladies chroniques ont été développés par le Dr Gilles Côté au cours de la dernière année. Afin de soutenir les professionnels travaillant en maladies chroniques dans la mise à jour et le développement de leurs compétences, plusieurs vidéos de formation ont été réalisées et sont disponibles sous forme de DVD et sur la bibliothèque virtuelle. Cette nouvelle approche permet aux nouveaux professionnels engagés en cours d'année d'avoir accès immédiatement à une formation sur les maladies chroniques. Tous les outils et vidéos sont disponibles au centre de documentation de l'Agence.

L'Agence a également organisé plusieurs formations en cours d'année, dont la 4e édition de la Journée annuelle de formation en maladies chroniques, laquelle a attiré quelque 150 participants. La 4e cohorte en entrevue motivationnelle niveau 1 ainsi que la formation avancée niveau 2 de l'entrevue motivationnelle ont été données au printemps 2012. L'Agence poursuit donc une de ses priorités en maladies chroniques, qui est de former l'ensemble des professionnels en maladies chroniques en entrevue motivationnelle. Dans le but de favoriser l'autogestion de l'usager, le Parcours Santé, initialement développé en 2009, a été mis à jour afin de répondre aux nouveaux besoins des professionnels de la santé travaillant en maladies chroniques.

Perspectives en maladies chroniques

L'Agence poursuit son objectif de développer la gestion intégrée des maladies chroniques au Bas-Saint-Laurent. Une première ligne forte demeure une priorité. Pour se faire, l'Agence devra de plus en plus s'assurer d'une complémentarité dans la gestion des maladies chroniques entre les groupes de médecine familiale, les cabinets de médecins privés et les équipes de maladies chroniques des CSSS. Le développement d'outils d'aide clinique, l'accessibilité à une formation continue ainsi que la poursuite du développement de l'autogestion et de la gestion des cas complexes demeurent les actions à privilégier au cours des prochaines années.

3.2.4 LES SERVICES AUX JEUNES EN DIFFICULTÉ

Faits saillants

- Accompagnement des territoires de La Matapédia et de Kamouraska, au déploiement du programme d'intervention en négligence l'Entrain;
- Suivi de mesures de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014, notamment :
  - Programme de qualification jeunesse en Centre jeunesse (dix jeunes sont accompagnés);
  - Poursuite de l'équipe de 2e niveau multidisciplinaire en santé mentale et en prévention du suicide en Centre jeunesse;
  - Implantation d'un programme d'intervention spécifique en toxicomanie offert aux jeunes en Centre jeunesse;
  - Déploiement du programme de formation Charlie destiné aux intervenants des CSSS et du Centre jeunesse;
  - Déploiement du programme d'encadrement clinique destiné aux gestionnaires et aux responsables en encadrement clinique des CSSS et du Centre jeunesse;
  - Présence de PI et PSI en CSSS en constante augmentation (assure ainsi un meilleur accès, une continuité et une complémentarité de services);
  - Augmentation du nombre d'usagers suivis en services de base en CSSS.

Perspectives

- Finaliser l'implantation du programme l'Entrain;
- Implanter l'initiative AIDES, un projet de recherche visant l'évaluation d'un modèle innovateur de collaboration entre l'ensemble des organisations du réseau de la santé et des services sociaux offrant des services aux enfants exposés à de multiples facteurs de risque;
- Faire le pont entre les services de 1re et de 2e lignes.

3.2.5 LES SERVICES AUX PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET AUX PRISES AVEC UNE PROBLÉMATIQUE D'ABUS OU DE DÉPENDANCES

PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Faits saillants

- Élaboration des mécanismes d'accès et de liaison, des trajectoires de services et de différentes procédures en santé mentale pour les clientèles rejointes par les services de base et les services spécialisés;
- Élaboration d'un mécanisme d'accès et d'une trajectoire de services intersectoriels en matière d'intégration socioprofessionnelle pour les personnes de 16 ans et plus avec un trouble grave de santé mentale diagnostiqué ou suspecté;
- Consolidation de l'expertise des équipes de suivi dans la communauté (suivi intensif et soutien d'intensité variable) dans chaque territoire des CSSS par le biais du Centre national d'excellence en santé mentale et du psychiatre-conseil à l'Agence;
- Collaboration à une recherche portant sur la consolidation des services de base et des soins partagés en santé mentale impliquant le CSSS de Rimouski-Neigette;
- Démarches pour procéder à une révision de l'offre de service d'hébergement régionale destinée, notamment, à une clientèle présentant des problèmes multiples avec troubles de comportement;
- Collaboration à la démarche d'équité intrarégionale et à l'optimisation spécifique au programme de santé mentale par l'actualisation de l'opération annuelle d'inventaire de l'offre de service en santé mentale dans les huit centres de santé et de services sociaux et les organismes communautaires en santé mentale;
- Bonification du cadre de référence sur les services de crise;
- Collaboration au projet portant sur les représentations sociales des personnes vivant avec un handicap incluant la santé mentale en matière d'intégration socioprofessionnelle;
- Implantation des ateliers Anna et la mer dans les CSSS. Ce programme est destiné aux enfants de 6 à 12 ans ayant un ou des parents atteints d'une maladie mentale ou de comorbidités (santé mentale et dépendances).

Perspectives

- Poursuite des travaux interdisciplinaires et intersectoriels visant l'amélioration de l'organisation de l'offre de service en santé mentale au niveau de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services sur les plans psychiatrique, médical, psychosocial et communautaire;
- Soutien aux CSSS dans la consolidation des équipes en santé mentale dans un contexte d'optimisation des services;
- Maintien des actions régionales portant sur les représentations sociales, la stigmatisation et la discrimination en santé mentale;
- Implication de l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans la révision de l'offre de service d'hébergement pour les clientèles présentant des problèmes multiples avec troubles de comportement.

PROBLÉMATIQUE D'ABUS OU DE DÉPENDANCES

Faits saillants

- Soutien dans la mise en place du mécanisme d'accès et trajectoire de services en dépendances sur le plan local (accompagnement tant dans la compréhension des orientations que dans le processus de mise en place);
- Déploiement local d'une formation en entretien motivationnel aux intervenants des CSSS, du milieu communautaire et aux travailleurs de rue;
- Évaluation continue en regard des services offerts en dépendance, tant dans le milieu communautaire que dans le secteur public;
- Accompagnement des organismes communautaires concernés par le processus de certification;

- Suivi et accompagnement des organismes communautaires concernés et du centre de réadaptation en dépendance en lien avec l'obtention d'un projet intergouvernemental destiné spécifiquement à la clientèle de moins de 30 ans ayant une problématique d'abus ou de dépendance, et ce, afin de contrer l'itinérance;
- Virage 1re ligne en dépendances de tous les CSSS (porte d'entrée et offre de service). La presque totalité des CSSS a signé une entente avec le Centre de réadaptation en dépendance L'Estran relevant du CSSS de Rivière-du-Loup.

Perspective

- Soutien à la révision de l'offre de service du Centre de réadaptation en dépendance L'Estran afin qu'il puisse jouer pleinement son rôle en intervention et en soutien aux services de base.

3.2.6 LES SERVICES OFFERTS AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES (RSIPA)

L'implantation régionale de la solution informatique Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) s'est traduite par une façon différente de recueillir et de colliger l'information nécessaire à l'évaluation des besoins d'une clientèle identifiée au secteur des personnes âgées, donc en perte d'autonomie ou en situation de handicap.

Faits saillants

- Le plan régional est basé sur le document de référence *Lignes directrices régionales visant un RSI optimisé;*
- Mécanisme permettant un suivi étroit du plan par l'Agence avec les huit CSSS. Un suivi du plan est réalisé aux six à huit semaines afin d'assurer l'avancement des mesures prévues;
- En lien avec le Cadre de référence régional pour l'hébergement des PPALV, un soutien est offert par l'Agence afin de s'assurer de la bonne gestion des listes d'attentes en considérant « la bonne personne à la bonne place ». Intégration d'un outil de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-Smaf) dans l'orientation des usagers;
- Taux d'intégration de services au 31 mars 2012, mesuré à partir des données de la solution information RSIPA.

CSSS	Obtenu en 2011 %	Résultats au 31 mars 2012 %
Kamouraska	59,12	73
Rivière-du-Loup	60,04	68
Témiscouata	67,52	73
Les Basques	54,87	67
Rimouski-Neigette	72,88	78
La Mitis	70,46	75
La Matapédia	73,76	79
Matane	49,11	61
Bas-Saint-Laurent	**63,47**	**72**

Perspective

- La cible provinciale est fixée à 70 % pour 2015, considérant que ce taux est minimalement requis pour obtenir des effets significatifs dans le continuum de services. Les efforts pour maximiser ce taux d'intégration se poursuivront notamment par le suivi du plan d'action avec chacun des CSSS.

ADULTES DE MOINS DE 65 ANS EN CHSLD

Faits saillants

- Selon les territoires, 5 à 17 % de cette clientèle occupe des places en CHSLD.

Perspective

- Un effort régional est consenti pour tendre à réduire ce pourcentage en développant des ressources alternatives et en renforçant les mécanismes d'accès à l'hébergement. L'Agence appuie les CSSS en ce sens.

APPROCHE ADAPTÉE EN MILIEU HOSPITALIER

L'approche adaptée à la personne âgée hospitalisée est une approche centrée sur la personne et orientée sur le maintien de son autonomie fonctionnelle. Ces interventions ciblent le maintien des fonctions cognitives et affectives, de la mobilité et de l'autonomie, de la continence, de l'état nutritionnel, de l'intégrité cutanée et du sommeil parallèlement au traitement de l'affection qui a nécessité l'hospitalisation. Ces interventions s'appliquent à l'échelle de l'hôpital, de la salle d'urgence aux unités et services de soins.

Faits saillants

- Soutien de l'Agence dans le déploiement de l'approche :
  - Diagnostic organisationnel effectué auprès de six CSSS;
  - Appui aux CSSS ayant initié le processus (Rivière-du-Loup et Matane), les deux sites pilotes;
  - Arrimage entre le Projet Phare initié par le CSSS de Rimouski-Neigette et l'implantation de l'approche adaptée aux personnes âgées (AAPA), tel que déployé par le MSSS;
  - Début de la collaboration entre l'ASSS et le CSSS de La Matapédia pour le développement de l'AAPA.

Perspectives

- Appuyer les CSSS de Kamouraska et de Témiscouata dans l'implantation de l'approche;
- Poursuivre le soutien à l'implantation.

FIN DE SOINS ACTIFS

En ce qui concerne l'occupation des lits des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) par des patients en fin de soins actifs, les établissements doivent consentir les efforts nécessaires et convenir des modalités pour atteindre les cibles établies et, ainsi, libérer les lits de courte durée.

Plus précisément, les établissements doivent s'assurer qu'aucune personne considérée en fin de soins actifs n'occupe un lit de courte durée en centre hospitalier.

Faits saillants

- Un cadre de référence en hébergement et alternatives à l'hébergement et à l'hospitalisation a été rédigé et entériné. Des efforts importants sont consentis dans l'application des mesures identifiées visant l'atteinte de ces objectifs. Le bilan de l'entente de gestion joint en annexe présente les résultats obtenus à cet égard.

Perspective

- Poursuivre les efforts pour atteindre l'objectif régional là où c'est plus difficile.

3.2.7 LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE ET L'OFFRE DE MILIEUX DE VIE DIVERSIFIÉS ET ADAPTÉS AUX BESOINS DES CLIENTÈLES AYANT DES BESOINS SPÉCIFIQUES

PLAN D'OPTIMISATION EN SOUTIEN À DOMICILE

Pour répondre aux attentes du Ministère en matière d'optimisation des soins et des services en soutien à domicile, l'Agence a déposé un plan d'action comprenant un ensemble de mesures, dont une augmentation de 10 %, d'ici 2015, du nombre d'heures de service de

soutien à domicile de longue durée dans les programmes perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, ceci sans budget additionnel. La mise en œuvre de ce plan d'action devait permettre de rehausser de 4 293 les heures de service direct de soutien à domicile de longue durée pour l'année 2011-2012.

Faits saillants

- Le plan régional est basé sur le document de référence *Lignes directrices régionales visant un RSI optimisé*. Il intègre les notions d'intégration de services dans l'optique d'un réseau où les services sont rendus de façon optimisée;
- Récupération d'heures indirectes et directes :
  - Révision de l'utilisation des bons centres d'activité lors de l'enregistrement dans I-CLSC;
  - Soutien d'une consultante afin d'offrir une approche personnalisée auprès des CSSS.
- Indicateur du nombre d'heures en soutien à domicile (SAD) longue durée :

CSSS	2010-2011	2011-2012 (Période 13)	Réel (Période 13)	Entente 11 et 12
Kamouraska	21 870	23 509	+ 1 639	+ 350
Rivière-du-Loup	52 071	59 251	+ 7 180	+ 708
Témiscouata	35 171	32 044	- 3 127	+ 539
Les Basques	16 057	14 412	- 1 645	+ 364
Rimouski-Neigette	71 880	70 913	- 967	+ 804
La Mitis	27 449	26 165	- 1 284	+ 548
La Matapédia	24 449	28 884	+ 4 435	+ 399
Matane	39 725	43 745	+ 4 020	+ 581
Total Bas-Saint-Laurent	288 672	298 923	+ 10 251	**+ 4 293**

Perspective

- Les CSSS sont présentement dans un mouvement actif de révision de leur mécanisme d'accès et d'organisation de travail sur le terrain. Ces interventions devraient avoir un impact sur leurs heures destinées au soutien à domicile (SAD).

3.2.8 LES SERVICES EN SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

Faits saillants

- Agrément obtenu pour les deux maisons offrant des soins palliatifs : Maison Desjardins (Rivière-du-Loup) et Maison Marie-Élisabeth (Rimouski);
- 31 lits dédiés en soins palliatifs de fin de vie au total pour la région.

Perspectives

- Offrir un continuum de services en favorisant le soutien à domicile;
- Avoir des lits dédiés dans chaque territoire de CSSS.

Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile

CSSS	Engagement	Réel
Kamouraska	87	59
Rivière-du-Loup	117	159
Témiscouata	92	98
Basques	43	45
Rimouski-Neigette	193	156
La Mitis	82	61
La Matapédia	81	47
Matane	94	57
Bas-Saint-Laurent	**789**	**680**

3.3 UN DÉLAI CLINIQUEMENT APPROPRIÉ POUR L'ACCÈS AUX SERVICES

3.3.1 LES RESSOURCES MÉDICALES SPÉCIALISÉES

Les 1er février et 11 avril 2012, les membres du conseil d'administration ont adopté le Plan régional des effectifs médicaux spécialisés (PREM) 2012-2015. Le PREM avait au préalable été signifié par le ministre de la Santé et des Services sociaux le 25 octobre 2011, auquel s'est ajoutée une modification transmise le 13 février 2012 par le sous-ministre adjoint, Dr Jean Rodrigue.

Par rapport au PREM 2011 qui totalisait 226 médecins spécialistes, le PREM 2012-2015 prévoit l'ajout de 14 postes : des postes supplémentaires sont accordés au CSSS de Rimouski-Neigette, soit un en médecine d'urgence en 2012, un en endocrinologie en 2013, un en chirurgie plastique en 2014, un en rhumatologie en 2014, un en gériatrie en 2015, un en médecine interne en 2015. Des possibilités de recrutement additionnelles y sont aussi octroyées, soit une en dermatologie, une en ophtalmologie et une en urologie. Ces opportunités sont accordées pour permettre le recrutement d'un candidat supplémentaire au plan d'effectifs dans la discipline correspondante jusqu'au prochain départ d'un médecin en fin de carrière. Le plan reste inchangé et revient, après ce départ, au même niveau qu'avant l'utilisation de l'opportunité de recrutement. Deux postes supplémentaires sont également accordés au CSSS de Rimouski-Neigette en néphrologie pour 2013 et 2014. Le 2e poste de néphrologue est accordé à la condition qu'une entente de service avec le CSSS de Rivière-du-Loup soit ratifiée. Deux postes d'anatomopathologistes sont aussi transférés de la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine dès 2012, sous la condition de la ratification d'une entente de service entre les deux régions.

Dès 2013, trois postes seront ajoutés au plan d'effectifs du CSSS de Rivière-du-Loup, un en médecine interne et deux en gériatrie. Également en 2013, un poste sera ajouté au plan d'effectifs en physiatrie du CSSS de La Mitis. Le plan d'effectifs en physiatrie de La Mitis est désormais reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Auparavant, il apparaissait à celui du CSSS de Rimouski-Neigette.

Avec les 14 ajouts, le PREM en spécialité passera à 240 postes en 2015. Pour l'année 2012, on compte seulement 3 ajouts (1 poste en médecine d'urgence et 2 postes en anatomopathologie) et le PREM est de 229. Au début de l'année du PREM 2012, on comptait 187 spécialistes, soit 3 de plus que l'année précédente (10 arrivées et 7 départs).

3.3.2 LES SERVICES THÉRAPEUTIQUES ET DIAGNOSTIQUES

LABORATOIRES

Cette année, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'est engagé dans un processus provincial d'optimisation des services de biologie médicale. Ce processus vise l'amélioration de l'accès aux centres de prélèvements, l'amélioration de la qualité, de la pertinence et de l'efficience des services offerts par les laboratoires de biologie médicale.

Les établissements du Québec procèdent annuellement à une enquête d'accessibilité aux centres de prélèvements. De façon générale, les centres de prélèvements du Bas-Saint-Laurent respectent les normes ministérielles qui recommandent un temps d'attente de moins d'une heure au sans rendez-vous, et l'accès à un rendez-vous à l'intérieur d'un délai de quatorze jours. Chaque année, tout est mis en œuvre pour amoindrir les écarts observés et améliorer l'accès.

Pour assurer la qualité des services, les laboratoires du Bas-Saint-Laurent déploient des efforts continus dans le cadre du processus d'agrément des laboratoires. À cet effet, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent poursuit le financement du mandat de la chargée régionale pour l'agrément des laboratoires, qui permet une mise en commun des efforts pour la production de la documentation et assure un soutien continu aux établissements de la région.

Enfin, le MSSS a procédé à l'abolition de la facturation interrégionale pour les services de biologie médicale. Cet exercice a pour but de diminuer les processus administratifs générés par la facturation des services de laboratoires entre établissements.

RADIO-ONCOLOGIE

Encore une fois, le service de radiothérapie de l'Hôpital régional de Rimouski a maintenu son excellente performance en matière de respect du délai d'attente des personnes ayant besoin de

traitements de radiothérapie. En 2011-2012, 845 personnes ont été traitées en radiothérapie. De ce nombre, 844 patients, soit 99,9 % de cette clientèle, ont commencé leurs traitements à l'intérieur du délai médicalement acceptable fixé à 28 jours d'attente. En fait, un seul patient a amorcé ses traitements hors du délai autorisé (31 jours d'attente). Le résultat obtenu dépasse largement la cible autorisée de 90 % de la clientèle traitée dans le délai imparti.

3.3.3 LES SERVICES DE BASE ET LES SERVICES SPÉCIALISÉS DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE

Faits saillants

- Implantation du continuum de services en CSSS pour les enfants présentant un retard de développement pour améliorer l'accès et augmenter l'intensité de services en cours;
- Amélioration, de février à mars 2012, de l'accès pour les personnes en attente d'une adaptation de domicile pour favoriser le maintien à domicile;
- Augmentation des taux de respect du plan d'accès dans l'ensemble des niveaux de priorité (voir le bilan de l'entente de gestion en annexe);
- Déploiement d'un réseau de services intégrés en DI-TED pour les services d'adaptation et de réadaptation dans les RLS du Kamouraska et de la Matapédia, présentement en cours dans les RLS des Basques et du Témiscouata;
- Étude des besoins des personnes présentant de multiples problématiques et un trouble grave du comportement afin d'établir un état de situation régional et préciser l'organisation de services;
- Mise en œuvre du Chantier langage en jeunesse, un comité de travail régional ayant pour but de répondre efficacement aux besoins des enfants dont le développement du langage est compromis.

Perspectives

- Des mesures sont prévues au cours de la prochaine année pour corriger les erreurs de codification de statistiques;
- Soutien aux établissements dans l'atteinte des cibles;
- Finaliser le déploiement du réseau de services intégrés en DI-TED pour les RLS des Basques, du Témiscouata, de Rivière-du-Loup, de Rimouski-Neigette et de Matane;
- Poursuivre les travaux du Chantier langage en jeunesse.

3.3.4 LES SERVICES SPÉCIALISÉS POUR LES PERSONNES AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Faits saillants

- Présence d'un psychiatre-conseil à l'Agence pour soutenir la planification et l'organisation des services en santé mentale et des troubles associés;
- Mise en place de la fonction de pédopsychiatres et de psychiatres-répondants au département de psychiatrie du CSSS de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup;
- Amorce de travaux relatifs aux services en matière de psychiatrie légale;
- Poursuite des travaux en vue d'une plus grande collaboration dans le continuum des services en santé mentale jeunesse de 1re et de 2e ligne. Ces efforts des partenaires concernés visent à éviter le recours aux services spécialisés, si non requis, et à réduire les délais d'attente;
- Soutien à la mise en place de services d'aide et d'entraide pour les familles et les proches ayant un enfant aux prises avec une problématique de santé mentale, incluant le trouble de déficit de l'attention et d'hyperactivité. Ces services sont offerts par l'organisme la Lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent, avec la collaboration des CSSS.

Perspectives

- Maintenir les listes d'attente en deçà des seuils établis (même sans l'ajout de pédopsychiatres et de psychiatres au sein des départements de psychiatrie des deux établissements à vocation spécialisée).

3.4 LA QUALITÉ DES SERVICES ET L'INNOVATION

3.4.1 L'IMPLANTATION DE STANDARDS CLINIQUES, LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET L'INNOVATION

VISITES D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES EN CHSLD

En avril et mai 2011, six installations CHSLD ont été visitées :

- CSSS de Kamouraska : Centre d'hébergement Thérèse-Martin et Centre d'hébergement d'Anjou
- CSSS de Témiscouata : Centre d'hébergement de Squatec et Centre d'hébergement de Rivière-Bleue
- CSSS de Rivière-du-Loup : Centre d'hébergement de Saint-Cyprien et Centre d'hébergement de Saint-Antonin

Par ailleurs, le Centre hospitalier de Trois-Pistoles a fait l'objet d'une visite en février 2012.

En mars 2012, des bilans visant à apprécier le degré d'implantation des recommandations inscrites aux rapports de ces six installations ont été réalisés. On y constate que 74 % des recommandations sont déjà réalisées alors que les autres sont en cours de réalisation. Les rapports de visite peuvent être consultés sur le site de l'Agence à l'adresse suivante : www.agencebsl.gouv.qc.ca, dans la section Documentation – Rapports de visite.

AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS

Quatre établissements ont été visités et ont obtenu un agrément dans le cadre du processus de renouvellement. Il s'agit des CSSS de Kamouraska, de Rivière-du-Loup, de Rimouski-Neigette et de Matane. Notons que le projet de loi 127, sanctionné le 13 juin 2011, établit maintenant à quatre ans la période de validité de l'Agrément obtenu par un établissement de santé et de services sociaux.

L'ensemble des organisations ont réalisé les actions nécessaires à la suite de leur plus récente visite d'agrément et maintiennent des activités d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services.

CERTIFICATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS

La grande majorité des résidences en processus de renouvellement a obtenu son certificat de conformité au cours de la période 2011-2012. Cependant, pour plusieurs résidences, le processus de renouvellement est toujours en cours, considérant la récente publication de nouvelles normes reliées à l'évacuation des résidences en cas d'incendie. Ces dossiers devraient se conclure au cours de l'été 2012. De plus, une quinzaine de résidences achetées ou ouvertes au cours des derniers mois sont en voie d'obtenir un premier certificat de conformité. Au 31 mars 2012, on dénombrait 163 résidences inscrites au registre des résidences privées pour aînés au Bas-Saint-Laurent. Des visites d'inspection ont été réalisées dans une douzaine de résidences du territoire par un inspecteur du MSSS. Ces inspections ont amené différentes recommandations visant à améliorer le maintien des conditions de certification de même que trois constats d'infraction pour lesquels les exploitants ont reçu des amendes en plus de devoir apporter des correctifs.

3.4.2 LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

GESTION DES RISQUES

Toutes les mesures prévues dans le cadre du projet de loi 113 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux sont en vigueur dans chacun des établissements de la région. Comme par les années passées, à la demande des établissements de la région, l'Agence a eu recours à l'expertise d'une ressource externe spécialisée dans le domaine afin de soutenir les établissements sur les aspects cliniques, juridiques et organisationnels de la gestion des risques.

Par ailleurs, une session de formation destinée aux membres de ces comités a été mise sur pied afin de répondre aux besoins des comités de gestion des risques des établissements de la région. Cette formation portait sur les responsabilités et le fonctionnement d'un comité de gestion des risques. Au cours de la

prochaine année, une formation portant sur les outils d'analyse en la matière devrait être offerte aux gestionnaires de risques de la région.

Cette année a également été marquée par la publication par le Ministère de la première édition du Rapport semestriel des incidents et des accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec, couvrant la période du 1er avril 2011 au 30 septembre 2011. Chacun des établissements de la région a tenu des activités afin de rendre publiques les données spécifiques à son établissement. Pour cette période, 7 379 événements sont survenus dans les établissements de la région du Bas-Saint-Laurent. De ce nombre, 33 % concernaient les chutes alors que 28 % étaient dû à des erreurs entourant la médication.

Ce nombre nous révèle la présence d'un processus de déclaration bien implanté dans les établissements. En effet, grâce aux déclarations des incidents et des accidents que font les intervenants lors de la prestation des soins et des services, l'établissement est en mesure de connaître les lacunes et d'apporter des correctifs. La gestion des risques repose sur une culture qui interpelle toutes les composantes du réseau de la santé et des services sociaux, pour laquelle plusieurs mécanismes sont en place afin d'assurer une prestation sécuritaire de soins et de services.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Le Bureau du coroner fait enquête afin de déterminer les causes et les circonstances entourant tous les cas de décès obscurs ou violents qui surviennent au Québec. Celui-ci formule des recommandations visant à éviter la récurrence de ce type d'événement.

Il arrive que le réseau de la santé et des services sociaux soit visé par les recommandations des coroners. Pour l'année 2011-2012, nous avons reçu cinq rapports de coroner, dont trois visaient le même établissement. Aucun ne visait directement l'Agence du Bas-Saint-Laurent. Nous avons convenu que les établissements concernés assurent un suivi aux recommandations.

3.4.3 LE BILAN SYNTHÈSE DU RENOUVELLEMENT DES MEMBRES DES CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS

Conformément à l'article 343 de la LSSSS, l'Agence a, au cours de la dernière année, exercé ses responsabilités relatives à la surveillance des élections, des désignations et des cooptations des membres des conseils d'administration des établissements publics de la région.

Le processus s'est déroulé entre le 5 juillet 2011, annonce officielle du ministre fixant la date des élections et des désignations, et le 1er février 2012, date d'entrée en fonction des conseils d'administration renouvelés.

Données générales

Au total, 181 postes d'administrateurs étaient en renouvellement. À la suite du processus, 180 personnes ont été élues, désignées ou nommées, de ce nombre :

- 87 hommes et 93 femmes
- 82 membres renommés et 98 nouveaux membres
- Groupes d'âge :
  - ≤ 35 ans : 13 %
  - 36 à 50 ans : 26 %
  - 51 à 65 ans : 46 %
  - ≥ 65 ans : 15 %

Quelques éléments de conformité

- Respect de l'équité hommes et femmes : dans sept des dix établissements;
- Personnes indépendantes et représentant des organismes communautaires dans la cooptation : respect des règles dans les dix établissements.

L'Agence a par ailleurs tenu des séances d'information à l'intention des membres des conseils d'administration. Ces rencontres avaient pour objectif de présenter aux nouveaux administrateurs le réseau de la santé et des services sociaux dans son ensemble, plus spécifiquement les enjeux particuliers à la région du Bas-Saint-Laurent. À cette occasion, les administrateurs ont également été informés de l'environnement législatif en santé et services sociaux, de même que des principaux rôles d'un conseil d'administration d'établissement.

3.5 LA MISSION UNIVERSITAIRE MÉDICALE AU BAS-SAINT-LAURENT

CAMPUS CLINIQUE SATELLITE AU CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE

Le projet visant l'implantation d'un campus clinique satellite au CSSS de Rimouski-Neigette va bon train. Il permet d'offrir aux étudiants de la Faculté de médecine de l'Université Laval l'occasion d'effectuer leur externat au Bas-Saint-Laurent. Pour l'année 2011-2012, ce campus clinique satellite a accueilli un total de 18 externes. Le nombre de stages est ainsi passé de 260 à 537 semaines entre 2009 et 2011, soit une augmentation de plus de 100 %.

Ce succès est principalement attribuable à la motivation et à l'engagement des médecins du CSSS de Rimouski-Neigette qui offrent un enseignement de qualité, rendant ce milieu de stage attrayant. Notons que pour la cohorte 2011-2012, le campus clinique satellite de Rimouski a été le premier choix des étudiants effectuant leur externat dans ce site.

Afin de consolider ce projet et tenir compte de ses impacts dans l'organisation des services médicaux, des travaux ont été menés pour assurer les besoins en ressources humaines et immobilières devant être rapidement comblés pour l'accueil des étudiants. De même, l'établissement a lancé l'appel d'offres pour l'élaboration d'un plan fonctionnel et technique évalué à près de 40 M$ en mars 2012, pour ainsi donner suite à l'obtention de l'autorisation accordée par le ministre en avril 2011. Ce projet d'envergure, dont l'élaboration débutera dès l'été 2012, sera effectué en étroit partenariat avec le MSSS, l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et le CSSS de Rimouski-Neigette. Il devrait se réaliser au cours des prochaines années et répondre tant aux besoins liés à la présence accrue de médecins et d'autres professionnels de la santé en formation qu'aux besoins liés à la dispensation des services à la clientèle du CSSS.

UNITÉS DE MÉDECINE FAMILIALE

L'Unité de médecine familiale (UMF) de Trois-Pistoles, qui couvre le territoire du KRTB (Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Basques), peut accueillir douze médecins résidents. Elle reçoit également des externes en stage. Cette année, elle a accueilli un total de sept résidents, dont deux termineront leur formation cette année.

L'UMF de Rimouski peut former seize résidents en médecine de famille. Elle forme également des externes et des résidents en spécialités. Cette année, elle a accueilli un total de dix-sept résidents, dont sept termineront leur formation en juillet prochain.

3.6 L'ATTRACTION, LA RÉTENTION ET LA CONTRIBUTION OPTIMALE DES RESSOURCES HUMAINES

De manière à répondre aux nombreux enjeux de santé de la population du Bas-Saint-Laurent, l'Agence et le réseau de la santé et des services sociaux placent au cœur de leurs préoccupations une main-d'œuvre en santé, qualifiée et performante. Pour ce faire, une stratégie articulée autour des enjeux d'attraction, de rétention et de performance soutenue par des activités de concertation avec différents partenaires internes et externes est déployée.

À partir des quatre rubriques ci-dessous, un large éventail d'activités a été réalisé :

ACTIVITÉS D'ATTRACTION

- Journée carrière en santé : La Journée carrière en santé est l'événement phare du plan de communication sur la promotion et la valorisation de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Ce plan de communication est intimement lié au plan d'attraction et de rétention de main-d'œuvre qui détermine l'ensemble des actions sur les plans local, régional et national. Ainsi, le 17 novembre 2011, 2 300 jeunes étudiants des 3e, 4e et 5e du secondaire ainsi que 200 visiteurs adultes ont participé à cette activité. Ils ont eu l'occasion de visiter huit zones de travail à travers lesquelles ils ont expérimenté les métiers et professions offerts dans le réseau de santé bas-laurentien. Cet événement a réuni les partenaires (les établissements de santé de la région, les partenaires du milieu de l'éducation et tous les leaders et collaborateurs de notre territoire) autour d'une démarche de concertation et de coordination régionale afin de promouvoir et de valoriser les emplois dans le domaine de la santé au Bas-Saint-Laurent.
- Mentorat et externat : Il s'agit d'un programme de soutien régional qui mise sur l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers et des étudiants issus des autres domaines cliniques, dont la physiothérapie et l'orthophonie. Ainsi, durant la période estivale, ces étudiants ont le soutien de professionnels œuvrant dans leur catégorie d'emploi afin de soutenir l'intégration des connaissances acquises en plus de l'intégration dans l'équipe immédiate et l'ensemble de l'établissement.

ACTIVITÉS DE RÉTENTION

- Poursuite des démarches quant au déploiement de la norme Entreprise en santé au sein de l'Agence, qui vise l'obtention d'une certification pour l'année 2012-2013. De plus, des ressources de l'Agence ont soutenu le déploiement de cette norme au sein d'un établissement de la région.
- Poursuite des interventions de l'équipe du service régional en promotion et prévention de la santé des travailleurs (SRPPST) en soutien au réseau et le développement du programme PRATA+ (programme de retour au travail adapté).
- Disposition des membres de l'équipe en soutien à la prévention dans les établissements.
- Préceptorat : Le préceptorat est une activité d'accompagnement visant à aider l'infirmière et l'infirmière novice à acquérir les compétences essentielles pour exercer une bonne pratique professionnelle à ses débuts, afin de réussir dans ses nouvelles fonctions au moyen d'un encadrement clinique direct dans une période de temps limitée. Au cours de la dernière année, la majorité des CSSS a supporté ce type d'activité auprès des infirmières nouvellement embauchées.

ACTIVITÉS DE FORMATION

- **Formation pour le personnel syndiqué,** le programme Agir, destiné aux préposés aux bénéficiaires, et le programme Thérapie intraveineuse, offert aux infirmières auxiliaires, ont été complétés au cours de l'année 2011-2012. À ces formations s'ajoute un large éventail de formations découlant des priorités ministérielles qui ont également été actualisées au cours de l'année.
- **Formation pour le personnel d'encadrement,** différents programmes de formation se sont poursuivis tels que le DESS et la maîtrise en gestion des organisations à l'Université Laval et le programme d'actualisation des compétences d'encadrement de l'UQAC. À ces formations s'ajoute un programme court en amélioration continue de l'UQTR pour 22 cadres du réseau. Enfin, un programme de "coaching" visant à soutenir le personnel d'encadrement a été lancé à l'hiver 2012, auquel près de 40 cadres se sont inscrits.

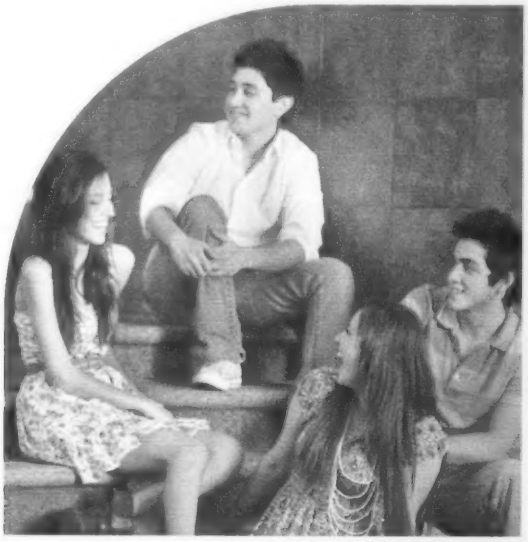
3.7 LES SYSTÈMES D'INFORMATION EN APPUI À L'OFFRE DE SERVICE

3.7.1 L'ACCÈS, LA CIRCULATION ET L'INTÉGRATION DES INFORMATIONS CLINIQUES

BILAN 2011-2012

Au cours de la dernière année, l'Agence a mis en œuvre plusieurs projets et recommandations du Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2010-2015 adopté par le conseil d'administration en juin 2011. Ainsi, l'Agence a amorcé la mise en œuvre du nouveau modèle de gouverne régionale des ressources informationnelles en créant une direction distincte au sein de l'Agence et en amorçant la mise en place des différents comités (comité de gouvernance, comité de gestion régional des RI, Table des besoins cliniques en RI).

La mise en œuvre du PSRRI 2010-2015 a également suscité le dépôt d'un plan détaillé de travail aux autorités du MSSS et certains grands projets ont été amorcés ou complétés. Enfin, il est important de rappeler que la région a amorcé la mise en œuvre des ajustements requis pour se conformer au cadre d'application de la loi 133 qui régit désormais l'ensemble des activités en ressources informationnelles des organismes publics du gouvernement québécois.



CHAPITRE 4

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

4.1 LE CONTRÔLE DE LA CONFORMITÉ

Faits saillants

- Cadre de référence du Ministère concernant la reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale du programme de soutien aux organismes communautaires en application.
- Respect de l'application de ce cadre en fonction des validations effectuées sur le plan du contenu du rapport annuel d'activités, de la conformité des états financiers et des documents à transmettre à l'Agence, à savoir :
  - la preuve de la tenue de l'assemblée générale annuelle des membres et d'une séance publique d'information;
  - le rapport d'activité du dernier exercice financier complété et présenté à l'assemblée générale annuelle de l'organisme;
  - le rapport financier du dernier exercice financier complété, signé par deux administrateurs et présenté à l'assemblée générale annuelle de l'organisme;
  - les priorités de l'année suivante;
  - les données informatives.
- Certains organismes ont été informés que leurs états financiers n'étaient pas conformes ou que leur rapport d'activité 2010-2011 ne comportait pas tous les éléments requis pour la reddition de comptes.

Perspective

- Un suivi sera effectué lors de la reddition de comptes 2011-2012.

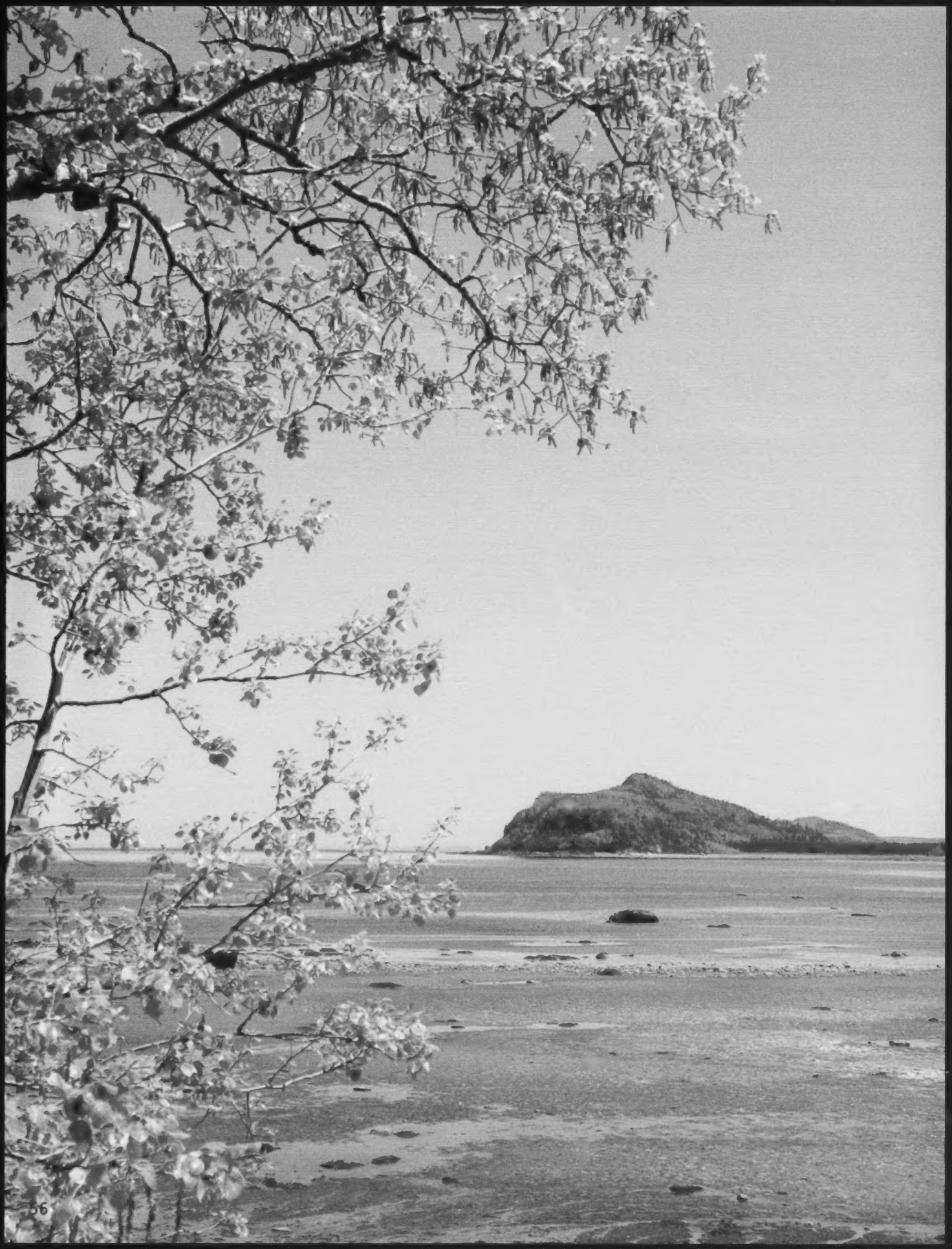
4.2 LE BILAN DES INTERVENTIONS RÉALISÉES

Faits saillants

- Analyse du dossier d'un organisme ayant déposé une demande de reconnaissance à titre d'organisme œuvrant en santé et en services sociaux et au soutien financier (le dossier est en suspens);
- Distribution d'un budget de développement de 245 000 $ à 20 organismes communautaires œuvrant principalement en santé mentale, santé physique, santé publique, services généraux et déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement;
- Signatures d'ententes de services pour des activités spécifiques afin d'actualiser certains volets de leur mission;
- Prolongation d'un an de l'entente concernant les aides techniques;
- Reconduction de trois ans de l'entente concernant le projet Mangez mieux;
- Application, pour une seconde année, du projet de recherche financé par le programme de subvention en santé publique;
- Réalisation du portrait des besoins de chaque centre d'action bénévole;
- Suivis de gestion particuliers auprès de deux organismes avec fin de la reconnaissance aux fins du soutien financier de ces derniers;
- Poursuite des travaux dans la MRC de Témiscouata afin que l'ensemble du territoire ait accès, de façon continue, à des services aux personnes démunies;
- Entente à l'effet de former un comité de travail pour poursuivre les travaux en regard de la révision du cadre de gestion. Ce comité de travail ne s'est pas réuni malgré un calendrier de travail déterminé.

CHAPITRE 5

DONNÉES FINANCIÈRES 2011-2012



5.1 LES RÉSULTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

RAPPORT DE LA DIRECTION SUR LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public, sauf dans les cas d'exception prévus au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

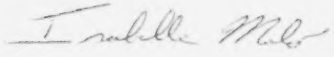
Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a à approuver les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le Comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers, et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

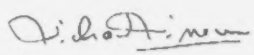
Le vérificateur externe a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport des vérificateurs expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le vérificateur externe peut, sans aucune restriction, rencontrer le Comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne la vérification.

La présidente-directrice générale,



Isabelle Malo

Le directeur des ressources
financières et matérielles par intérim,



Richard Pineau

Raymond Chabot
Grant Thornton

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
2e étage
165, avenue Belzile
Rimouski (Québec) G5L 8Y2

Téléphone : 418 722-4611
Télécopieur : 418 722-4004
www.rcgt.com

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les bilans du fonds d'exploitation, d'immobilisations, des activités régionalisés et affectés cumulés au 31 mars 2012 ainsi que les états des résultats et des soldes de fonds de ces mêmes fonds et de la variation des actifs financiers nets pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2012 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2012-012 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés »

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2012-012 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour l'exercice terminé le 31 mars 2012.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2012. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et se prévalant de l'assurance salaire ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées, car l'information n'est pas disponible au sein de l'Agence.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent au 31 mars 2012 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs nets et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 11 juin 2012, contenait un paragraphe dans lequel nous attirions l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS.

En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

[1]

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.

Rimouski
Le 20 août 2012

---

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A115974

ÉTATS DES RÉSULTATS DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET D'IMMOBILISATIONS

Fonds d'exploitation — **Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ**

RÉSULTATS

		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
REVENUS					
Subventions MSSS : Budget signifié	01	6 585 605	6 759 446	25 875	
(Diminution) ou augmentation du financement	02	19 034			46 797
Variation des revenus reportés - MSSS	03	(20 000)	(203)	(1 265)	(46 362)
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04		21 853		
Total (L.01 à L.04)	05	6 584 639	6 781 096	24 610	435
Revenus de placements	06	17 054	14 788	23 306	18 363
Revenus commerciaux	07				
Revenus d'autres sources : Ventes de services et recouvrements	08	119 869	162 291	134 870	36 901
Subventions du gouvernement du Canada	09				
Autres revenus	10	220 632	252 990	112 673	102 732
Total des revenus (L.05 à L.10)	11	6 942 194	7 211 165	295 459	158 431
CHARGES					
Salaires	12	3 870 085	3 779 905	19 959	24 240
Avantages sociaux	13	844 174	988 883	2 088	2 628
Charges sociales	14	538 232	532 065	2 916	3 299
Frais de déplacement et de représentation, et dépenses conseil d'administration (activités principales)	15	118 948	134 506	473	1 512
Services achetés	16	574 202	562 207	239 129	94 332
Publicité et communication	17	157 079	139 385	1 184	2 515
Loyers	18	486 195	483 802		
Location d'équipement	19	1 051	908		
Fournitures de bureau	20	80 309	72 599	6 404	3 031
Dépenses de transfert	21				
Créances douteuses	22				
Autres charges	23	164 865	213 729		
Charges extraordinaires	24				
Total des charges (L.12 à L.24)	25	6 835 140	6 907 989	272 153	131 557
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.11 - L.25)	26	107 054	303 176	23 306	26 874
Renseignement à titre informatif seulement Contributions de l'avoir propre et interfonds :					
En provenance de l'avoir propre (+)	27				
En provenance de fonds affectés (+)	28				
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	29				
En provenance du fonds de stationnement (+)	30				
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	31	(62 772)	(40 977)		
Affectées au fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	32				
Affectées à d'autres fonds (-)	33	(1 832)	(2 720)		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.26 à L.33)	34	42 450	259 479	23 306	26 874

Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	2 800 084	2 557 148
Variation des revenus reportés - MSSS	02	26 797	
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	03		1 083
FINESSS	04		154 824
Contributions des établissements	05	122 882	5 372
Revenus de placements	06	5 677	
Revenus d'autres sources :			
Ventes de services et recouvrements	07	770 580	778 203
Subventions du gouvernement du Canada	08		
Autres revenus	09	395 268	366 525
Total des revenus (L.01 à L.09)	10	4 121 288	3 863 155
CHARGES			
Salaires	11	1 586 817	1 444 759
Avantages sociaux	12	351 239	308 442
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	13	82 766	74 801
Charges sociales - Autres	14	182 635	154 654
Frais de déplacement et de représentation	15	63 376	61 547
Services achetés	16	1 363 054	1 811 309
Publicité et communication	17	48 685	43 808
Loyers	18	186 224	176 466
Dépenses de transfert	19		
Fournitures de bureau	20	24 541	25 887
Créances douteuses	21		
Autres charges	22	11 182	3 893
Total des charges (L.11 à L.22)	23	3 900 519	4 105 566
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.23)	24	220 769	(242 411)
Renseignement à titre informatif seulement Contributions de l'avoir propre et interfonds :			
En provenance de l'avoir propre (+)	25		
En provenance du fonds d'exploitation (+)	26	1 832	2 720
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	27		
En provenance de fonds affectés (+)	28	71 494	72 000
Affectées au fonds d'exploitation (-)	29		
Affectées au fonds des activités régionalisées (-)	30		
Affectées à des fonds affectés (-)	31		
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	32	(8 215)	(166 054)
Autres transferts interfonds	33		
Excédent (Déficit) après contributions de l'avoir propre et interfonds (L.24 à L.33)	34	285 880	(333 745)

Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Ministère de la santé et des services sociaux :			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	1 063 090	72 562
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	02	1 776 131	1 962 158
Revenus de placements	03		
Gain sur disposition d'immobilisations	04		
Amortissement des revenus reportés :			
Subventions du gouvernement du Canada	05		
Autres contributions et dons	06		
Autres revenus	07		90 386
Total des revenus (L.01 à L.07)	08	2 839 221	2 125 106
CHARGES			
Frais financiers :			
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	09	1 778 522	1 963 955
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	10		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	11		
Dépenses d'immobilisations non capitalisables	12	90 532	101 370
Amortissement des immobilisations	13	977 029	1 069 778
Perte sur disposition d'immobilisations	14		
Autres charges	15		
Total des charges (L.09 à L.15)	16	2 846 083	3 135 103
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.08 - L.16)	17	(6 862)	(1 009 997)
Renseignement à titre informatif seulement : Contributions			
Contributions en provenance du :			
Fonds d'exploitation-activités principales (+)	18	62 772	40 977
Fonds d'exploitation-activités accessoires complémentaires (+)	19		
Fonds d'exploitation-activités accessoires commerciales (+)	20		
Fonds des activités régionalisées (+)	21	8 215	166 054
De fonds affectés (+)	22	1 152	802 966
Fonds de stationnement (+)	23		
Contributions affectées à d'autres fonds (-)	24		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.17 à L.24)	25	65 277	

ÉTATS DES SOLDES DE FONDS DES FONDS D'EXPLOITATION, D'IMMOBILISATIONS ET DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ

SOLDE DE FONDS		Activités principales 1	Avoir propre 2	Total (C.1 + C.2) 3
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	303 176	1 761 962	2 065 138
Additions (déductions)				
ACTIVITÉS PRINCIPALES :				
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre) :	02	107 054		107 054
Transferts interfonds (provenance) : Contributions des fonds affectés (+)	03			
Contributions du fonds des activités régionalisées (+)	04			
Contributions du fonds de stationnement (+)	05			
Transferts interfonds (affectations) : Contributions au fonds d'immobilisations (-)	06		(62 772)	(62 772)
Contributions à d'autres fonds (-)	07		(1 832)	(1 832)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :				
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre) :	08		23 306	23 306
Transferts interfonds (provenance) : Contributions du fonds de stationnement (+)	09			
Transferts interfonds (affectations) : Contributions au fonds d'immobilisations (-)	10			
Contributions au fonds de stationnement (c-a 8610) (-)	11			
Contributions à d'autres fonds (-)	12			
AUTRES ÉLÉMENTS :				
Libération de surplus	13	(303 176)	303 176	
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds	14			
Autres	15			
Variation de l'exercice (L.02 à L.15)	16	(196 122)	261 878	65 756
Redressements demandés par le MSSS	17			
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.16 + L.17)	18	107 054	2 023 840	2 130 894

Fonds d'immobilisations
Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ

SOLDE DE FONDS		Fonds d'immobilisations 1	Fonds des activités régionalisées 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01		1 121 349
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(6 862)	220 769
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03	62 772	1 832
Contributions des activités régionalisées (+)	04	8 215	
Contributions de fonds affectés (+)	05	1 152	71 494
Transferts interfonds (affectations) :			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07		
Contributions à des fonds affectés (-)	08		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09		(8 215)
Autres transferts interfonds	10		
Contribution de l'avoir propre aux autres fonds	11		
Autres additions (déductions)	12		
Variation de l'exercice (L.02 à L.12)	13	65 277	285 880
Redressements demandés par le MSSS	14		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.13 + L.14)	15	65 277	1 407 229

BILAN DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET DES IMMOBILISATIONS

Fonds d'exploitation – Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
ACTIF					
À court terme					
Encaisse	01	2 819 515	2 619 110	1 528 475	1 142 840
Placements temporaires	02				
Débiteurs :					
MSSS	03	40 710	62 255	80 427	46 249
FINESSS	04				
Établissements publics	05	440	360	76 403	142 660
Gouvernement du Canada	06				
Fonds d'exploitation	07				
Fonds des activités régionalisées	08				
Fonds affectés	09				
Autres débiteurs	10	185 439	283 012	119 658	220 533
Charges payées d'avance	11			510	37 537
Actifs incorporels et actifs non amortissables, excluant terrains	12				
Autres éléments	13				
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.13)	14	3 046 104	2 964 737	1 805 473	1 589 819
À long terme					
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	15	758 051	758 051	136 917	136 917
Autres éléments d'actif	16				
TOTAL DE L'ACTIF (L.14 à L.16)	17	3 804 155	3 722 788	1 942 390	1 726 736
PASSIF					
À court terme					
Découverts de banque	18			57 664	120 035
Emprunts temporaires	19				
Intérêts courus à payer	20				
Autres créditeurs et autres charges à payer : MSSS	21				
Établissements publics	22	74 147	18 657	4 406	41 625
Fonds d'exploitation	23				
Fonds des activités régionalisées	24				
Fonds affectés	25				
Salaires courus à payer	26	169 372	182 881	153 841	137 080
Fonds des services de santé (FSS) à payer	27	29 382	16 915		
Autres créditeurs	28	380 061	391 165	93 680	137 071
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	29				
Autres revenus reportés	30	158 697	166 125	2 250	
Provision pour vacances et congés de maladie	31	861 602	881 907	223 320	169 576
Autres éléments	32				
Total – Passif à court terme (L.18 à L.32)	33	1 673 261	1 657 650	535 161	605 387
Dettes à long terme	34				
TOTAL DU PASSIF (L.33 + L.34)	35	1 673 261	1 657 650	535 161	605 387
SOLDE DE FONDS	36	2 130 894	2 065 138	1 407 229	1 121 349
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.35 + L.36)	37	3 804 155	3 722 788	1 942 390	1 726 736

Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01		16 865
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux établissements publics	03	10 626 570	9 287 510
Débiteurs :			
MSSS	04		
Gouvernement du Canada	05		
Autres débiteurs	06	903 302	232 262
À long terme			
Immobilisations	07	2 223 174	2 679 976
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	08	33 395 125	36 481 553
Frais reportés liés aux dettes	09		
Autres éléments d'actifs	10		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.10)	11	47 148 171	48 698 166
PASSIF			
À court terme			
Découverts de banque	12	649 941	
Emprunts temporaires	13	10 837 327	9 639 070
Intérêts courus à payer	14	253 354	288 575
Salaires courus à payer	15	12 222	
Fonds des services de santé (FSS) à payer	16		
Provision pour vacances et congés de maladie	17		
Avances de fonds en provenance d'une agence	18		
Autres éléments	19	75 311	103 303
À long terme			
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	20		
Autres revenus reportés	21		
Passifs environnementaux	22		
Dettes à long terme	23	35 254 739	38 667 218
TOTAL DU PASSIF (L.12 à L.23)	24	47 082 894	48 698 166
SOLDE DE FONDS	25	65 277	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.24 + L.25)	26	47 148 171	48 698 166

ÉTAT DES RÉSULTATS ET BILAN COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS

Fonds affectés cumulés — **Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ**

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
MSSS	01	20 412 372	23 263 446
Crédits régionaux	02	69 548	101 346
Variation des revenus reportés - MSSS	03		
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04		
FINESSS	05	2 938 495	
Revenus de placements	06	45 308	38 761
Revenus d'autres sources :			
Subventions du gouvernement du Canada	07		
Autres revenus	08	3 592 484	3 550 159
Total des revenus (L.01 à L.08)	09	27 058 207	26 953 712
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	26 753 577	1 566 654
	11		
Frais financiers	12		
Charges d'exploitation :			
Salaires	13	60 358	
Avantages sociaux	14		
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	15		
Charges sociales - Autres	16		
Frais de déplacement et de représentation	17		
Services achetés	18		
Location d'équipement	19		
Fournitures de bureau	20		
Autres charges	21	157 239	24 311 797
Total des charges (L.10 à L.21)	22	26 971 174	25 878 451
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.09- L.22)	23	87 033	1 075 261

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ

BILAN		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01	1 829 532	1 493 116
Placements temporaires	02		
Débiteurs :			
MSSS	03	373 515	556 534
FINESSS	04		
Établissements publics	05	31	
Gouvernement du Canada	06		
Fonds d'exploitation	07		
Fonds des act. régionalisées	08		
	09		
Autres débiteurs	10	46 637	67 356
Charges payées d'avance	11		
Autres éléments	12		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.12)	13	2 249 715	2 117 006
À long terme			
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	14	6 744	6 744
Placements à long terme	15		
TOTAL DE L'ACTIF (L.13 à L.15)	16	2 256 459	2 123 750
PASSIF			
À court terme			
Découverts de banque	17		
Emprunts temporaires	18		
Intérêts courus à payer	19		
Autres créditeurs et autres charges à payer :			
Établissements publics	20	20 090	24 475
Organismes	21		
Fonds d'exploitation	22		
Fonds des activités régionalisées	23		
	24		
Salaires courus à payer	25	5 760	4 940
Fonds des services de santé (FSS) à payer	26		
Autres créditeurs	27	832 826	712 110
Revenus reportés - MSSS	28		
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	29		
Autres revenus reportés	30		
Provision pour vacances et congés de maladie	31	5 659	397
Autres éléments	32		
TOTAL DU PASSIF (L.17 à L.32)	33	864 335	741 922
SOLDE DE FONDS	34	1 392 124	1 381 828
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.33 + L.34)	35	2 256 459	2 123 750

ÉTAT DU SOLDE DE FONDS COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ

SOLDE DE FONDS		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 381 828	1 198 788
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	87 033	1 075 261
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du fonds d'exploitation (+)	03		
Contributions des activités régionalisées (+)	04		
Contributions de fonds affectés (+)	05		
Transferts interfonds (affectations) :			
Contributions au fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	07	(71 494)	(72 000)
Contributions à d'autres fonds affectés (-)	08		
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09	(1 152)	(802 966)
Transferts interfonds	10		
Autres additions (déductions)	11	(4 091)	(17 255)
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	10 296	183 040
Redressements demandés par le MSSS	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 392 124	1 381 828

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DE CRÉDITS 2011-2012

Exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉ

		Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2011-2012 inscrit dans le système SBF-R	01	538 077 460
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	490 760 207
Allocations aux organismes communautaires	03	16 978 588
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	906 112
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L. 02 à L. 04)	05	508 644 907
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	26 220 567
Autres (préciser) - Programme d'externat en soins infirmiers	07	11 100
TOTAL (L.05 à L.07)	08	534 876 574
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	3 200 886
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics Comptes à payer signifiés	10	2 700 436
Comptes à payer non signifiés	11	14 788
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics Comptes à payer signifiés	12	110 071
Comptes à payer non signifiés	13	153 550
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R **(L.10 à L.13)**	14	2 978 845
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	222 041
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16	

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

NOTE 1 – RÉSULTATS

Le résultat des opérations du FONDS D'EXPLOITATION indiqué à la page 200, ligne 26, est traité de la façon suivante :

- Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 107 054 $; il est imputé au solde des activités principales et est assujetti à la politique de libération du surplus.
- Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES se solde par un excédent des revenus sur les charges de 23 306 $ et est imputé à l'AVOIR PROPRE.

NOTE 2 – STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence est constituée en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et des services sociaux.

Elle a pour mandat de veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui les dispensent.

Le siège social de l'Agence est situé à Rimouski. Un point de service est situé à Rivière-du-Loup. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 3 – MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES

Modèle de présentation

Le rapport financier annuel est préparé conformément aux normes canadiennes pour le secteur public, conséquemment, l'Agence présente, par voie de notes, les informations financières requises relativement à la variation des actifs financiers nets (dette nette) à son rapport financier annuel.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement - réforme comptable

La subvention à recevoir - réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode utilisée a été révisée relativement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations à la suite de l'expérience acquise au cours des dernières années.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2012
Subventions à recevoir – Immobilisations – Écart de financement - réforme comptable	(3 051 207) $
Subventions – Gouvernement du Québec	2 839 221 $
Surplus (déficits) de l'exercice	(211 986) $

NOTE 4 – DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, sans les chapitres SP 4200 à SP 4270, émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date du rapport financier annuel ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Présentation par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière;

Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);

Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes, aux subventions et à tout autre mode de financement s'y rattachant. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations;

Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés;

Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées;

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte aux fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Transferts interfonds

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, tous les transferts entre les fonds sont comptabilisés directement à l'état du solde de fonds et non pas comme une charge au fonds d'origine et un revenu au fonds receveur.

Classification des activités

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes.

Activités principales : les activités principales regroupent les opérations qui découlent de la fonction qu'une agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les fonctions que l'Agence rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs.

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent du ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après le MSSS), d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes parapublics, etc. Parmi les activités les plus courantes, on retrouve l'enseignement médical et la recherche.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activité

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupés dans des centres d'activité. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des dépenses relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût et amorties, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis, selon une méthode logique et systématique, sur une période correspondante à leur durée de vie utile. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne font pas l'objet d'amortissement avant leur mise en service.

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (maximum 10 ans)
Matériel et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérées par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre. L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite (article 269.1 de la loi). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du MSSS. Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Pour les sommes en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement, MSSS, etc. :

Ces sommes, dont le budget de fonctionnement sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où ils sont autorisés, où les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et où une estimation raisonnable des montants en cause est possible.

Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites et que les dépenses seront assumées dans le futur.

Lorsque les fins spécifiées sont remplies, la comptabilisation du revenu reporté n'est généralement plus permise. Toutefois, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, la comptabilisation d'un revenu reporté pourrait être possible si les faits donnant lieu au transfert ne sont pas survenus. C'est le cas lorsque la nouvelle entente prévoit les fins pour lesquelles les sommes restantes doivent être utilisées.

Pour les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement :

Ces sommes sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Pour les fonds des activités régionalisées, sont reportés les revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées ne peuvent découler que des situations suivantes :

- Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du ministère comme étant accordée en tout ou en partie à un exercice financier futur;
- Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réaffectation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;
- Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
- Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Autres revenus

Les sommes reçues par subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont désormais présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont parties intégrantes de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Subventions du MSSS - Écart de financement - immobilisations

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

NOTE 5 – VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

La variation des actifs financiers nets (dette nette) représente la différence entre les actifs financiers et les passifs financiers.

Les actifs financiers correspondent à tous les actifs à court et à long termes autre que les immobilisations, les stocks et les frais payés d'avance; ils représentent au 31 mars 2012 une somme de 52 927 491 $ (53 553 927 $ au 31 mars 2011).

Les actifs non financiers sont constitués des immobilisations, des stocks et des frais payés d'avance; ils s'élèvent à 2 223 684 $ au 31 mars 2012 (2 717 513 $ au 31 mars 2011).

Les passifs financiers correspondent à la somme des passifs à court et à long termes; ils totalisent au 31 mars 2012 une somme de 50 155 651 $ (51 703 125 $ au 31 mars 2011).

	2012	2011
Variation des actifs financiers	(626 436) $	(4 857 630) $
Variation des actifs non financiers	(493 829) $	246 602 $
Variation des passifs financiers	(1 547 474) $	(4 746 676) $
Variation des actifs financiers nets (dette nette)	921 038 $	(110 954) $

NOTE 6 – EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2012, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 88 839 186 $ auprès d'une institution financière, portant intérêt aux taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, soit 1,50 % garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 78 001 859 $ du crédit autorisé n'est pas utilisé au 31 mars 2012. La convention de crédit est renégociable le 30 septembre 2013.

NOTE 7 – DETTE À LONG TERME

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées et est payable à Financement-Québec.

	2012	2011
Marge de crédit d'un montant autorisé de 53 000 000 $, portant intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,30 % et venant à échéance le 21 mars 2023	758 946 $	521 763 $
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2033. L'intérêt variant entre 3,42 % et 8,24 % est payable semestriellement	34 495 793 $	38 145 455 $
	35 254 739 $	**38 667 218 $**
Tranche échéant à moins d'un an	4 029 007 $	7 688 705 $
	31 225 732 $	**30 978 513 $**

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

2013	4 029 007 $
2014	15 422 808 $
2015	2 735 319 $
2016	2 841 022 $
2017	5 661 291 $
	30 689 447 $

NOTE 8 – OBLIGATIONS CONTRACTUELLES

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 30 avril 2016 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de dix ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2012 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 671 412 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2013	592 859 $
2014	592 859 $
2015	167 630 $
2016	97 207 $
	1 450 555 $

NOTE 9 – OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 10 – ÉVENTUALITÉS

L'Agence fait l'objet de deux poursuites pour un montant d'environ 7 336 168 $ pour des réclamations de dommages et intérêts. La première poursuite au montant de 6,2 M$ est couverte par les assurances. La deuxième poursuite d'un montant de 1 121 168 $ est un dossier relevant de la responsabilité des établissements.

La direction est d'avis que ces poursuites sont non fondées et, par conséquent, aucune provision n'a été comptabilisée aux livres à cet égard.

NOTE 11 – CHIFFRES DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Certaines données correspondantes fournies pour l'exercice précédent ont été reclassées en fonction de la présentation adoptée pour le présent exercice.

5.2 LES ALLOCATIONS DES RESSOURCES FINANCIÈRES AUX ÉTABLISSEMENTS

BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SUR UNE BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE FINANCIER PRÉCÉDENT

Établissements publics	2010-2011	2011-2012
CSSS de Kamouraska	34 446 952 $	36 203 232 $
CSSS de Rivière-du-Loup	79 396 626 $	81 341 674 $
CSSS de Témiscouata	29 977 364 $	31 137 483 $
CSSS des Basques	13 215 995 $	13 129 189 $
CSSS de Rimouski-Neigette	139 321 439 $	146 479 269 $
CSSS de La Mitis	37 141 904 $	38 620 243 $
CSSS de La Matapédia	32 142 655 $	32 427 327 $
CSSS de Matane	38 710 736 $	40 277 956 $
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	27 591 464 $	28 067 425 $
CRDI du Bas-Saint-Laurent	26 578 234 $	27 042 795 $
TOTAL	**458 523 369 $**	**474 726 593 $**

SURPLUS OU DÉFICITS DE L'ANNÉE DE CHACUN DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SUR UNE BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE FINANCIER PRÉCÉDENT

Établissements publics	2010-2011	2011-2012
CSSS de Kamouraska	44 049 $	8 379 $
CSSS de Rivière-du-Loup	145 126 $	30 697 $
CSSS de Témiscouata	(502 699) $	304 668 $
CSSS des Basques	(385 951) $	442 638 $
CSSS de Rimouski-Neigette	(447 244) $	2 585 $
CSSS de La Mitis	169 375 $	500 561 $
CSSS de La Matapédia	96 466 $	66 870 $
CSSS de Matane	470 512 $	929 900 $
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	129 148 $	369 965 $
CRDI du Bas-Saint-Laurent	324 680 $	270 934 $
TOTAL	**43 462 $**	**2 927 197 $**

AUTORISATIONS D'EMPRUNTS ACCORDÉES AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

a) Nombre d'autorisations temporaires émises en 2011-2012 : 6

b) Montants totaux au 31 mars 2012 pour chacun des types et des catégories :

		Autorisé	Réel
Type	Fonctionnement (autorisé par le MSSS)	150 000 $	0 $
Catégorie	Équilibre budgétaire	150 000 $	0 $
	Traitement différé	0 $	0 $
	Revenus tierce responsabilité	0 $	0 $
Type	Immobilisations (autorisé par l'Agence et le MSSS)	2 948 601 $	0 $
Catégorie	Projets autofinancés	0 $	0 $
	Projets autofinancés – Économie d'énergie	290 028 $	0 $
	Projets autofinancés – Économie d'énergie en suspens	2 658 573 $	0 $

c) Pourcentage du montant total des autorisations d'emprunts par rapport au total des budgets bruts au 31 mars 2012

- Dépenses courantes de fonctionnement : 0,029 %
- Dépenses en immobilisations : 0,574 %

d) Depuis le 1er avril 2000, avec l'application du projet de loi 107, c'est le MSSS qui a la responsabilité d'émettre des autorisations d'emprunts de types fonctionnement et transformation après recommandation de l'Agence. L'Agence conserve cependant la responsabilité des emprunts de type immobilisations.

La limite régionale au-delà de laquelle l'Agence doit obtenir une dérogation du MSSS avant l'émission d'une nouvelle autorisation d'emprunt pour des dépenses d'immobilisations est de 2 568 000 $.

OBJECTIFS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Depuis plusieurs années, l'Agence et les établissements de la région se sont entendus pour faire en sorte que ces derniers présentent une situation financière en équilibre ou respectent la cible maximale qui leur était autorisée à la fin de chaque année. L'atteinte de cet objectif a nécessité un suivi très serré de la situation financière par chacun des établissements de même que, dans certains cas, un support et un accompagnement personnalisés offerts par l'Agence. Cette priorité a fait en sorte que tous les établissements de la région ont atteint l'équilibre budgétaire ou respecté la cible déficitaire maximale autorisée pour l'exercice financier 2011-2012. Le montant réel du surplus global régional s'établit à 2 927 197 $.

5.3 LES ALLOCATIONS FINANCIÈRES VERSÉES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ENVELOPPE RÉGIONALE DE CRÉDITS

ORGANISMES DE PROMOTION ET DE SERVICES

ORGANISMES	Enveloppe 2010-2011	Enveloppe 2011-2012
MRC DE KAMOURASKA		
Unité Domrémy de Ville Saint-Pascal inc.	11 038 $	5 520 $
La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances	322 800 $	336 917 $
Maison de la famille du Kamouraska	13 426 $	13 748 $
L'Association des personnes handicapées du Kamouraska Est inc.	42 191 $	43 204 $
Association pocatoise des personnes handicapées inc.	42 191 $	43 204 $
Centre d'action bénévole Cormoran inc.	143 465 $	146 908 $
Arc-en-ciel du cœur	31 028 $	34 273 $
Moisson Kamouraska	51 125 $	78 965 $
Tandem-Jeunesse	268 495 $	289 390 $
Centre-femmes, La Passerelle du Kamouraska	186 882 $	194 192 $
Carrefour des jeunes de La Pocatière	82 285 $	84 260 $
Quartier-jeunesse 1995	82 284 $	84 259 $
Association Kamouraskoise en santé mentale La Traversée	105 002 $	107 895 $
Services Kam-Aide inc.	220 910 $	180 738 $
TOTAL : KAMOURASKA	**1 603 122 $**	**1 643 473 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2010-2011	Enveloppe 2011-2012
MRC DE RIVIÈRE-DU-LOUP		
Les Grands Amis du KRTB	31 028 $	31 773 $
L'Association des personnes handicapées du Kamouraska Est inc.	26 737 $	35 127 $
Association Multi-défis	60 448 $	61 899 $
Centre vacances et apprentissage Loisirs de Saint-Cyprien	15 000 $	15 000 $
Centre d'action bénévole des Seigneuries inc.	344 919 $	361 815 $
Association des stomisés du Grand-Portage	10 343 $	10 591 $
Les Diabétiques amis du KRTB	25 000 $	34 000 $
Carrefour d'initiatives populaires de RDL	64 748 $	68 574 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du KRTB	119 103 $	127 711 $
Centre-femmes du Grand-Portage	194 403 $	196 599 $
Trajectoires hommes du KRTB	182 283 $	181 298 $
Centre-jeunes de Cacouna	37 470 $	38 369 $
La Corporation de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup	76 306 $	107 185 $
Corporation du comité jeunesse 1997	36 968 $	37 855 $
La Maison des jeunes de Saint-Épiphane	68 115 $	69 750 $
Justice alternative du KRTB inc.	190 593 $	174 688 $
ROCASM du Bas du Fleuve	23 303 $	13 622 $
Centre d'entraide l'horizon de Rivière-du-Loup	117 053 $	119 862 $
Centre prévention suicide du KRTB	184 150 $	170 281 $
La Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	339 617 $	375 668 $
Comité d'accompagnement La Source inc.	31 028 $	31 773 $
TOTAL : RIVIÈRE-DU-LOUP	**2 178 615 $**	**2 263 440 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2010-2011	Enveloppe 2011-2012
MRC DE TÉMISCOUATA		
Unité Domrémy de Rivière-Bleue inc.	11 038 $	2 760 $
Maison de la famille du Témiscouata	13 201 $	13 518 $
Centre d'action bénévole région Témis inc.	348 784 $	371 061 $
Cuisines collectives de Cabano	23 569 $	25 107 $
Cuisines collectives de Dégelis	48 520 $	51 760 $
Cuisines collectives du Haut-Pays	34 422 $	36 542 $
Service de dépannage alimentaire du Témiscouata	15 077 $	15 439 $
L'Autre-Toit du KRTB	621 728 $	632 107 $
Association de personnes handicapées Entre-Amis du Témiscouata	59 562 $	60 991 $
Le Centre de femmes du Ô-Pays	176 245 $	180 475 $
Centre de femmes du Témiscouata	176 244 $	180 474 $
Maison des jeunes « La Piôle »	24 195 $	24 776 $
Maison des jeunes « le coin de Dégelis »	62 508 $	60 936 $
Maison des jeunes Pirana	35 418 $	36 268 $
Maison Entre-Deux de Cabano	35 418 $	36 268 $
Place des jeunes de Squatec	40 910 $	41 892 $
Source d'espoir Témis inc.	109 569 $	112 199 $
TOTAL : TÉMISCOUATA	**1 836 408 $**	**1 882 573 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2010-2011	Enveloppe 2011-2012
MRC DES BASQUES		
Ressources familles des Basques	5 179 $	5 303 $
Association de personnes handicapées l'Éveil des Basques inc.	61 263 $	62 733 $
Centre d'action bénévole des Basques inc.	108 694 $	111 302 $
Centre-femmes Catherine Leblond inc.	179 485 $	186 015 $
Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles	80 793 $	91 780 $
Périscope des Basques	79 773 $	81 688 $
Logis-Aide des Basques	83 868 $	91 660 $
Cuisine collective Croc-Ensemble	15 200 $	26 491 $
TOTAL : LES BASQUES	**614 255 $**	**656 972 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2010-2011	Enveloppe 2011-2012
MRC DE RIMOUSKI-NEIGETTE		
Aux Trois Mâts	50 000 $	61 200 $
Arrimage, Centre de réhabilitation alcoolisme et toxicomanie	305 501 $	318 228 $
Les Grands Amis de Rimouski	40 178 $	41 142 $
Maison des familles de Rimouski-Neigette	10 971 $	11 234 $
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	61 326 $	62 798 $
Association autisme et autres TED Est-du-Québec	75 000 $	95 260 $
Association des personnes handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	100 402 $	102 812 $
Association de la déficience intellectuelle (Région de Rimouski)	34 528 $	32 273 $
Association des personnes ACVA-TCC du BSL	109 706 $	112 339 $
Regroupement des dynamiques de Rimouski	22 000 $	23 000 $
Ressource d'aide aux personnes handicapées du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie	30 443 $	35 934 $
Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi	65 475 $	66 386 $
Centre d'action bénévole région de Rimouski	278 880 $	201 212 $
Association du cancer de l'Est du Québec	377 201 $	197 129 $
Centre périnatal Entre Deux Vagues	198 345 $	203 105 $
Diabète Bas-Saint-Laurent inc.	34 486 $	40 874 $
M.A.I.N.S. Bas-Saint-Laurent	146 498 $	156 593 $
Moisson Rimouski-Neigette inc.	46 478 $	82 373 $
Loisirs de jeunesse de Rimouski inc.	338 963 $	347 098 $
Le Répit du passant	255 000 $	276 120 $
La Débrouille	675 833 $	689 493 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	272 397 $	259 306 $
Centre femmes de Rimouski	178 340 $	184 947 $
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	200 283 $	191 298 $
La Maison des jeunes de Pointe-au-Père	44 318 $	45 382 $
Maison des jeunes de Rimouski	104 161 $	106 661 $
La Maison des jeunes du Bic	76 306 $	78 137 $
Fonds jeunesse BBR inc.	193 025 $	197 658 $
Mouvement action communautaire Bas-Saint-Laurent	105 399 $	107 928 $
Association canadienne pour la santé mentale, filiale du Bas-du-Fleuve	173 977 $	242 086 $
Centre de prévention suicide et intervention de crise du BSL	859 936 $	883 276 $
La Lueur de l'Espoir du Bas-Saint-Laurent inc.	176 356 $	205 409 $
PLAIDD du Bas du Fleuve	109 713 $	92 053 $
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	20 686 $	21 182 $
Popote le gourmet roulant inc.	13 260 $	13 578 $
Coup de main à domicile de Rimouski	220 317 $	261 017 $
Association de fibromyalgie BSL	10 200 $	15 445 $
A.Q.E.P.A. BSL	10 200 $	12 370 $
TOTAL : RIMOUSKI-NEIGETTE	**6 026 088 $**	**6 074 336 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2010-2011	Enveloppe 2011-2012
MRC DE LA MITIS		
Unité Domrémy de Mont-Joli	69 937 $	75 292 $
Unité Domrémy de Saint-Gabriel – Relais communautaire	12 268 $	6 134 $
Pivot-Famille Mitis	12 891 $	13 200 $
Le Groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc.	57 677 $	59 061 $
La Maison des tournesols	114 391 $	117 137 $
Répit–Loisirs Autonomie	30 200 $	30 565 $
Centre d'action bénévole de La Mitis	150 199 $	168 283 $
La Maison de l'Espoir de Mont-Joli inc.	285 300 $	280 557 $
Centre femmes de La Mitis	182 242 $	181 562 $
La Maison des jeunes de Mont-Joli inc.	108 004 $	119 644 $
Point service Saint-Gabriel (Jeunes Mont-Joli)	69 574 $	71 244 $
Les Bourgeons de La Mitis	157 499 $	176 484 $
Femmes en éveil de Price	28 958 $	- $
Société canadienne de la sclérose en plaques	15 200 $	18 000 $
Société Parkinson BSL	10 200 $	10 445 $
TOTAL : LA MITIS	**1 304 540 $**	**1 327 608 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2010-2011	Enveloppe 2011-2012
MRC DE LA MATAPÉDIA		
Centre Éclosion inc.	10 343 $	10 591 $
Grands Amis de la Vallée	30 000 $	30 720 $
Les Amirams de la Vallée inc.	58 199 $	59 596 $
Centre d'action bénévole de la Vallée de la Matapédia	125 014 $	128 014 $
Moisson Vallée Matapédia	47 233 $	75 964 $
Centre de femmes de la Vallée de la Matapédia inc.	193 882 $	190 308 $
La Jeunathèque d'Amqui inc.	98 475 $	100 838 $
La Maison des jeunes de Causapscal	68 115 $	69 750 $
La Maison des jeunes de Sayabec	76 306 $	78 137 $
La Maison des jeunes de Val-Brillant	37 203 $	38 096 $
Rayon de partage en santé mentale	101 722 $	104 163 $
Aide-Maison Vallée de la Matapédia	128 455 $	148 374 $
TOTAL : LA MATAPÉDIA	**974 947 $**	**1 034 551 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2010-2011	Enveloppe 2011-2012
MRC DE MATANE		
Centre régional ADH « Le Tremplin »	315 280 $	334 103 $
Les Grands Amis de la région de Matane	31 028 $	31 773 $
L'Association des handicapés gaspésiens	57 512 $	58 892 $
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	123 711 $	126 680 $
La Cuisine collective de la région de Matane	43 675 $	47 885 $
La Gigogne inc.	647 869 $	666 143 $
Regroupement des femmes de la région de Matane	176 242 $	180 472 $
Maison des jeunes de Matane	104 161 $	106 661 $
La Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse	50 000 $	51 200 $
Centre alternatif en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	107 023 $	119 592 $
Relais Santé (Matane)	51 714 $	52 955 $
Société Alzheimer du Bas-Saint-Laurent	122 655 $	125 599 $
Les Services à domicile de la région de Matane	192 792 $	204 101 $
TOTAL : MATANE	**2 023 662 $**	**2 106 056 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2010-2011	Enveloppe 2011-2012
MRC Autres		
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	49 135 $	50 314 $
TOTAL : MRC AUTRES	**49 135 $**	**50 314 $**
TOTAL GLOBAL PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	**16 610 772 $**	**17 039 323 $**
ORGANISMES SUBVENTIONNÉS*	**141**	**135**

* Il peut arriver qu'on dénombre moins d'organismes étant donné que les organismes sont classés par siège social et non par programme.

Les subventions listées ci-dessous proviennent de diverses enveloppes.

ENVELOPPES	2010-2011	2011-2012
Programme de soutien aux organismes communautaires SOC	13 111 156 $	13 623 905 $
Aide à la vie domestique	1 306 896 $	1 351 327 $
Stimulation précoce et Politique Santé Bien-Être	39 518 $	40 466 $
Soutien à la concertation régionale	107 317 $	109 892 $
Per diem pour les organismes d'hébergement	- $	- $
Autres allocations récurrentes	667 349 $	683 364 $
Autres allocations non récurrentes	1 378 536 $	1 230 369 $
	16 610 772 $	**17 039 323 $**

ANNEXES

ANNEXE I
ANNEXE II

ANNEXE I

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

Adopté par le conseil d'administration le 10 décembre 2008

Préambule

La gestion d'un organisme public représente un contrat social qui impose un lien de confiance particulier entre ce dernier et les citoyens. C'est dans ce contexte et conformément à Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30), le *Code civil* ainsi qu'en lien avec les dispositions législatives de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2, ci-après nommée la LSSSS) et les pratiques et normes de gestion qui en découlent que les membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ci après l'Agence) adoptent le présent code d'éthique et de déontologie.

Objet

Ce code énonce les principales lignes directrices d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs sont soumis, prévoit des règles relatives à la déclaration des intérêts des administrateurs, identifie les situations de conflit d'intérêts et précise les devoirs et obligations des administrateurs pendant et après leur mandat.

Devoirs et obligations

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
2. Le membre du conseil d'administration doit respecter les obligations que la loi, l'acte constitutif et les règlements lui imposent (article 321 du *Code civil du Québec*).
3. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites du pouvoir qui lui est conféré, avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population que dessert l'Agence (article 406 de la LSSSS et article 322 du *Code civil du Québec*).
4. Le membre du conseil d'administration se rend disponible pour accomplir ses fonctions, doit assister aux réunions du conseil et participer activement, dans un esprit de concertation, à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Agence.
5. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
6. Le membre du conseil d'administration doit agir avec intégrité, honneur, dignité et probité.
7. Le membre du conseil d'administration ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi des autres membres du conseil d'administration ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.
8. La conduite d'un membre du conseil d'administration doit viser l'objectivité et être empreinte de modération.
9. Le membre du conseil d'administration doit préserver, le cas échéant, la confidentialité des débats, échanges et discussions.
10. Le membre doit respecter les opinions émises par les autres membres dans le cadre du déroulement des séances.
11. Le membre doit respecter la confidentialité des échanges effectués lors des séances du conseil d'administration.
12. Le membre doit avoir un sens profond de la solidarité. Il peut s'abstenir de voter, voire enregistrer sa dissidence sur toute décision à être prise par le conseil d'administration, mais par la suite, il doit se faire un devoir et une obligation de tenir en public des propos conformes avec les décisions prises par le conseil d'administration.
13. Le membre doit considérer que la documentation écrite qui lui est remise est pour son usage personnel dans l'exécution de ses fonctions de membre et qu'il ne lui appartient pas d'en faire la diffusion.
14. Le membre doit assumer son rôle dans le respect de la hiérarchie interne du conseil d'administration et de l'Agence. À cet effet, le membre :
    - 14.1. Doit éviter de discuter de problèmes de gestion interne avec une ou des personnes employées par l'Agence, en demandant que tels problèmes soient soumis au supérieur immédiat de la ou des personnes concernées;
    - 14.2. Doit refuser de participer à toute réunion informelle avec un ou plusieurs membres du conseil d'administration pour discuter d'un ou plusieurs sujets en recommandant que le tout soit discuté lors d'une séance dûment convoquée du conseil d'administration.
15. Le membre doit agir avec soin, prudence, diligence, compétence, honnêteté et loyauté, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, dans l'intérêt de l'Agence ou, selon le cas, de l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux de la région et de la population desservie.

16. Le membre doit éviter toute conduite de nature personnelle ou professionnelle qui risquerait de porter atteinte à la crédibilité de son rôle d'administrateur et entacherait ainsi la réputation de l'Agence.

Mesures préventives incluant les règles relatives à la déclaration d'intérêts

17. Le membre doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés. Il doit avoir pris connaissance et respecter le présent code d'éthique et de déontologie et doit, à cet effet, signer un engagement personnel contenu à l'Annexe I du présent code.
18. Le membre doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
19. Le membre doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'Agence, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de l'Agence.
20. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'Agence.
21. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence doit, sous peine de déchéance de sa charge, s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue. Il doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au président-directeur général dans les soixante jours suivant son élection ou sa nomination, ou dès que sa situation change.
22. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'Agence.
23. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires. Lors de l'attribution de contrats de service, de travail ou d'approvisionnement, tout membre doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au président-directeur général si cela n'est pas inclus dans la déclaration prévue au paragraphe précédent.

Identification de situations de conflits d'intérêts

24. Le membre doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'Agence.
25. Le membre, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer par écrit, au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.
26. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre :
    - 26.1. Est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il puisse être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil puissent en être défavorablement affectés.
    - 26.2. N'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel :
        - 26.2.1. Possède directement ou indirectement des intérêts de nature pécuniaire ou autre dans une entreprise qui traite ou est susceptible de traiter avec l'Agence;
        - 26.2.2. Accepte un présent ou un avantage quelconque d'une entreprise qui traite ou est susceptible de traiter avec l'Agence;
        - 26.2.3. Utilise le nom de l'Agence, ses symboles ou emblèmes, de même que son rôle à titre de membre à des fins personnelles;
        - 26.2.4. Participe à l'embauche ou à la promotion d'un membre de sa famille ou d'autres personnes avec qui il est lié;
        - 26.2.5. Utilise à des fins personnelles ou au profit d'un tiers une information de nature confidentielle qu'il a acquise dans l'exercice de ses fonctions à titre de membre;
        - 26.2.6. Aliène, dans le but de s'assurer des considérations présentes ou futures, l'indépendance de son rôle au sein du conseil d'administration.

27. Le membre qui ignorait une situation ou une circonstance spéciale qui aurait normalement exigé de lui une dénonciation de conflit d'intérêts doit dénoncer par écrit immédiatement au président du conseil d'administration ou au président-directeur général cette situation ou cette circonstance spéciale dès qu'elle lui devient connue.

28. Le membre ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou qu'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.

29. Le membre ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.

30. Le membre ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

31. Dès qu'il perd la qualité nécessaire à sa nomination ou à son élection, un membre doit en avertir le président du conseil d'administration.

Pratiques reliées à la rémunération

32. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

33. Le membre du conseil d'administration utilise les biens, les ressources ou les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens; il ne peut utiliser à son profit ou pour le compte d'autrui les biens de l'Agence ou l'information qu'il obtient en raison de ses fonctions d'administrateur (article 323 du *Code civil du Québec*).

34. Le membre du conseil d'administration ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, de toute personne ou entreprise si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

    Notamment sont considérés un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

35. Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

36. Le membre du conseil ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement (article 400 de la LSSSS).

37. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

Devoirs et obligations de l'après-mandat

38. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, les débats, les échanges et les discussions de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur.

39. Le membre du conseil d'administration doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur ou de nuire aux intérêts de l'Agence.

40. Le membre du conseil d'administration s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.

Mécanismes d'application du code

41. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévus par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

42. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur ait pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

43. Le président ou le vice-président désigne des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

44. Le membre qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

45. Les personnes visées à l'article précédent sont choisies à partir d'une liste de noms de personnes préalablement acceptées par le conseil d'administration pour agir à ce titre.

46. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

47. Au terme de leur enquête, les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.

48. En tenant compte des informations revues et du rapport d'enquête, le cas échéant, le président ou le vice-président peut fermer le dossier ou constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.

49. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires, ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

50. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au présent code, le comité, après avoir entendu l'administrateur concerné ou à l'expiration du délai dont bénéficie l'administrateur visé, recommande aux membres du conseil d'administration l'imposition d'une sanction.

51. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut assister à la réunion.

52. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

53. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions (article 3.0.5, Loi sur le ministère du Conseil exécutif).

54. Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter serment ou de faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'Annexe II du présent code.

Mise en vigueur, accessibilité et publication du code

55. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

56. L'Agence doit publier, dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

57. Le rapport annuel de gestion de l'Agence doit faire état :

    57.1. Du nombre et de la nature des signalements reçus et des cas traités;

    57.2. Des décisions prises ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées, si sanctions;

    57.3. Du nom des personnes concernées pourvu que la situation soit libre de tout litige.

Dispositions diverses

58. Le code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption par le conseil d'administration.

59. Le présent code d'éthique et de déontologie doit être révisé tous les trois ans ou lorsque les circonstances le justifient.

60. Il peut être modifié, abrogé ou remplacé après approbation de la majorité des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

ANNEXE II

BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE 2011-2012

Adopté par le conseil d'administration le 19 juin 2012

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

L'information contenue dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relève de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2011-2012.

Signé à Rimouski, le 31 mai 2012

Isabelle Malo
Présidente-directrice générale

AXE : ATTENTES DE LA PDG AU REGARD DU RÉSEAU RÉGIONAL INSCRITES À L'ENTENTE DE GESTION

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 Mise en place d'un nouveau modèle d'organisation de services en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (Modèle émergent)

Sujets	Résultats 2011-2012
Convenir régionalement du développement du projet Modèle émergent ainsi que du calendrier de déploiement	Dépôt du modèle d'organisation de services et du calendrier de déploiement (30 novembre 2011)

Commentaires

Le calendrier de déploiement adopté prévoit la finalisation du transfert des activités de première ligne vers les CSSS pour décembre 2012. Le CSSS de Kamouraska a été le territoire pilote en 2011-2012. Le CSSS de La Matapédia est actuellement en phase de déploiement et les CSSS des Basques et du Témiscouata amorcent le processus, puisque l'évaluation des clientèles est complétée. Les autres CSSS adopteront, dans les prochaines semaines, des résolutions auprès de leur conseil d'administration visant à enclencher le transfert dans leur territoire respectif. Le tout devrait être complété au cours de l'année 2012-2013.

Nom : Cathy Bérubé **Date** : 9 mai 2012

AXE : ATTENTES DE LA PDG AU REGARD DU RÉSEAU RÉGIONAL INSCRITES À L'ENTENTE DE GESTION

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 Optimisation des lits de courte durée

Sujets	Résultats 2011-2012
Optimiser l'utilisation des lits de courte durée	Dépôt de la mise à jour de l'étude sur l'optimisation des lits de courte durée (31 décembre 2011) Dépôt du plan de mise en œuvre des résultats de l'analyse (31 mars 2012)

Commentaires

Au cours de la dernière année, de concert avec les directeurs généraux et les directeurs des services professionnels, une table régionale en santé physique a été mise sur pied et a entrepris l'exploration de ce chantier. Après analyse, il a été convenu que ce volet serait travaillé localement et non régionalement. Les directeurs généraux ainsi que les directeurs des services professionnels ont priorisé régionalement un autre volet touchant l'optimisation en santé physique, soit celui de l'organisation des laboratoires. Chaque organisation s'est, par ailleurs, mise en mouvement pour atteindre sa cible de réduction de lits de courte durée.

Nom : Michel Plante **Date** : 28 mai 2012

AXE : ATTENTES DE LA PDG AU REGARD DU RÉSEAU RÉGIONAL INSCRITES À L'ENTENTE DE GESTION

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 Services aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement

Sujets	Résultats 2011-2012
Procéder à la révision du plan de transformation de l'offre de services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.	Dépôt du plan d'offre de services révisé (31 mars 2012)

Commentaires

Deux plans ont été déposés à la demande du MSSS : l'un porte sur le SAD et l'autre sur l'utilisation judicieuse des places en CHSLD avec un ratio révisé maximum (2,8 lits par 100 PA maximum).

Le plan en SAD est suivi rigoureusement aux quatre à huit semaines par CSSS et y sont revues les mesures d'optimisation et les mesures d'intégration de services. Une chargée de projet assure un suivi pour le volet optimisation auprès de chacun des CSSS pour faciliter l'actualisation des concepts théoriques et pour assurer un arrimage inter CSSS pour l'ensemble de la région. Les heures indirectes sont analysées par la révision des processus.

Le plan en hébergement est également suivi pour s'assurer que les CSSS respectent l'engagement qu'ils ont avec l'ASSS dans le but d'atteindre un maximum de 2,8 lits par 100 PA, aussi de mettre en place des alternatives pour libérer les places occupées par des adultes handicapés physiques et pour les personnes atteintes de troubles cognitifs.

De plus, la région a débuté la révision de l'unité spécifique régionale (CSSS de La Mitis) pour qu'elle développe un mandat d'experts-conseils à distance, qu'elle raffine son offre de service en hébergement transitoire pour la clientèle présentant des problèmes de comportement sévères et assurer un suivi posthébergement auprès des CSSS d'origine. Le projet est en cours de documentation.

Nom : Cathy Bérubé **Date** : 9 mai 2012

AXE : POUR LA REDDITION DE COMPTES MESURES D'OPTIMISATION		
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015		
Sujet	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012
La téléphonie IP	Élaborer le plan d'affaires, coordonner la migration, assurer la mise en œuvre et identifier les bénéfices régionaux. Déposer au 1er novembre 2011 le plan régional d'optimisation de la téléphonie.	Une analyse préliminaire a été réalisée et a permis d'identifier des économies possibles. Les établissements ont entrepris l'évaluation de leurs systèmes téléphoniques et identifié les économies potentielles.
La téléphonie cellulaire	Assurer la mise en œuvre de la politique-cadre, établir les besoins de la région, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices. Déposer un bilan au 31 mars 2012.	La mesure a été mise en place. Les économies réelles évoluent au fur et à mesure des renouvellements des contrats de cellulaires.
La visioconférence	Coordonner la migration régionale, assurer la mise en œuvre, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices. Assurer la prise en charge des responsabilités régionales de coordination de la visioconférence pour le 31 juillet 2012.	Les établissements ont été invités à utiliser davantage la visioconférence afin d'éviter les déplacements. L'Agence a ajouté une nouvelle station mobile. Le CRDI et le Centre jeunesse se sont dotés de nouvelles stations.
Le courrier électronique	Élaborer le plan de migration, gérer le projet, assurer la fermeture des infrastructures actuelles, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices. Déposer au 31 mars 2012 le plan d'allocation des ressources, l'inventaire des applications, les bénéfices réalisés et un bilan de la mise en œuvre de la politique-cadre.	Un inventaire de l'utilisation de l'application Lotus Notes est en cours de réalisation. Nous sommes en attente de l'appel d'offres que doit lancer le Ministère à cet égard.
La gestion du parc des postes de travail	Élaborer le plan triennal, gérer le projet, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices. Déposer au 31 mars 2012 le plan d'allocation des ressources, l'inventaire des applications, les bénéfices réalisés et un bilan de la mise en œuvre de la politique-cadre.	L'inventaire et le processus d'évaluation des bénéfices sont amorcés et nous sommes en attente de la politique-cadre avant d'aller plus loin à cet égard. Par ailleurs, trois établissements ont débuté la mise en place de la technologie client léger.
Le regroupement des centres de traitement de données	Élaborer le plan régional de regroupement, gérer le projet, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices. Rapatriement des applicatifs régionaux. Dresser au 31 mars 2012 un bilan des bénéfices réalisés.	Une analyse des infrastructures est en cours de réalisation. Par la suite, un plan fonctionnel et technique (PFT) sera réalisé afin de regrouper les applicatifs. Une analyse est en cours concernant le déploiement d'un site de relève. Une majorité des applications est déjà centralisée régionalement (300). Il y a un recensement en cours des autres applications à régionaliser.
Les services Info-Santé 811	Dégager les infirmières de la réponse psychosociale dans le contexte du projet régional.	Le projet régional a été mis en place et une première évaluation a été réalisée. Le processus de validation se poursuit jusqu'au 31 décembre 2012.
L'énergie	Réaliser des projets d'efficacité énergétique visant à améliorer la performance énergétique et à réduire le recours aux carburants fossiles en augmentant, entre autres, le recours aux énergies renouvelables.	Un recensement des potentiels d'économie pour chacun des établissements a été réalisé. Un projet de chauffage à la biomasse a été finalisé et deux autres projets sont en cours de réalisation.
L'approvisionnement en commun	Augmentation des volumes d'achats regroupés. Mise en œuvre de l'optimisation des services d'approvisionnement. Objectifs : 1 250 000 $ pour 2011-2012, annualisés à 2,5 M$.	Des économies de l'ordre de 555 694 $ ont été réalisées.

La clientèle soutien à domicile (PALV, DP, DI et TED)	Production d'un plan régional sur quatre ans.	Le plan régional a été déposé.
	La mise en œuvre de ce plan d'action devra se traduire par une augmentation de 4 293 heures de services directs de soutien à domicile de longue durée dans la région pour l'année 2011-2012.	La cible de 4 293 heures d'augmentation a été atteinte.
La réduction de la main-d'œuvre indépendante (MOI)	Échanges DRH Agence et CSSS concernés pour recherche de solutions récurrentes (organisation du travail, horaire de travail, etc.).	Certains établissements sont à revoir l'organisation du travail et faire l'essai des horaires de douze heures avec les syndicats.
	Production et dépôt à l'Agence d'un plan de contingence par les établissements en dépassement de la cible.	Trois CSSS sur quatre ont produit un plan de contingence et un plan d'action afin de diminuer la MOI. Le quatrième établissement concerné s'est engagé à produire son plan d'action à l'été 2012. Il est à noter que le taux d'utilisation de la MOI en région est faible.
	Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (réduction de 25 %) : • Infirmières : 0,43 % • Infirmières auxiliaires : 0,00 % • Préposés aux bénéficiaires : 0,00 %	
La réduction du temps supplémentaire	Présentation à l'Agence d'au moins un projet par établissement visant la réduction des heures supplémentaires, avant le 31 mars 2012.	Des efforts ont été déployés pour l'ensemble des établissements afin de réduire le temps supplémentaire. Des projets sont en cours (horaire de travail, etc.).
	Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires : • Infirmières : 5,45 % • Réseau : 3,14 %	
La gestion de la présence au travail	Poursuite du projet régional musculosquelettique (neuf des dix établissements).	Nous poursuivons nos actions dans le projet régional concernant le volet musculosquelettique. Le bilan des deux dernières années a été présenté aux DG de la région en novembre 2011 et ce projet a été prolongé pour deux ans avec l'ajout du volet santé psychologique; considérant que ces deux volets représentent 60 % des absences en région.
	Ajout d'un volet de santé psychologique au projet régional musculosquelettique (neuf des dix établissements).	
	Production d'un cadre de référence régional (analyse des coûts et plan de travail). Ratio en assurance salaire inférieur à 5,38 %.	La cible en assurance salaire n'a pas été atteinte. Des plans d'action ont été exigés pour les établissements les plus critiques et des interventions du PSOI-MSSS ont été demandées afin de trouver des mesures structurantes.
La rationalisation et la mise en commun de processus administratifs	Révision des processus administratifs.	Des travaux ont été amorcés avec les établissements de la région et nous sommes en attente concernant la collaboration aux travaux du ministère.
	Collaborer aux travaux avec le Ministère.	Différentes possibilités sont en analyse.
Identification du potentiel d'optimisation du programme déficience physique	Dépôt de l'analyse des résultats de l'équité interrégionale (30 novembre 2011).	L'analyse a été déposée.
	Dépôt des pistes potentielles d'optimisation du programme (31 mars 2012).	Les travaux sont à compléter.

AXE : ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015

Sujet	ACTIONS RÉGIONALES	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2012
L'inscription aux guichets d'accès	Mise en place des guichets d'accès, diffusion des coordonnées et inscription de toutes les clientèles.	Tous les CSSS ont diffusé les coordonnées et ont inscrit la population qui est à la recherche d'un médecin de famille.
Déploiement des GMF	Un nouveau GMF à implanter.	Le GMF du Boisé Langevin a été implanté en janvier 2012 devenant ainsi le 11e GMF de la région du Bas-Saint-Laurent.
Durée moyenne de séjour à l'urgence	Cible visée : moins de 11 heures.	La région a atteint une durée moyenne de séjour à l'urgence de 9,66 heures.
Accès aux services spécialisés de chirurgie	90 % des patients opérés à l'intérieur de six mois. Aucun patient en attente > de douze mois.	L'ensemble des cibles est respecté à l'exception de celles relatives aux chirurgies de la hanche et du genou où l'on enregistre un résultat moindre en raison de problèmes de saisies de délais d'attente. Des travaux ont été réalisés afin de corriger la situation. Ainsi, selon les derniers résultats obtenus, les cibles en ces matières sont respectées.
Accès aux services d'endoscopie	Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s). Mise en place de centrale(s) de RD. Deuxième offre au patient. Dépôt d'un plan d'action régional.	Le CSSS de Rivière-du-Loup participe au projet de dépistage du cancer colorectal dans l'optique de déterminer un modèle de prise en charge optimal pour les endoscopies.
Accès aux services d'imagerie	Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s). Mise en place de centrale(s) de RD.	Un plan d'action régional a été déposé au MSSS en mars 2012.
Accès au continuum de services AVC	Participation à la désignation des centres tertiaires et à la mise en place des corridors de services.	Une première rencontre téléphonique a été effectuée avec la responsable de ce dossier au MSSS (Dre Louise Clément). Une rencontre régionale est prévue en septembre 2012 pour lancer les travaux.
Accès au continuum de services de cardiologie	Participation à la définition et la mise en place des corridors de services. Identification d'un continuum régional de services.	Toujours en attente des orientations du ministère. Cependant, les algorithmes servant à l'identification de l'élévation du segment ST ont été distribués et commentés.
Accès au continuum de services pour la douleur chronique	Soutien à l'organisation de services et participation à la définition et à la mise en place des corridors de services. Adoption de la programmation régionale de services. Identification du centre régional et de l'équipe interdisciplinaire.	La région poursuit ses travaux dans l'identification formelle de l'offre de service et a déposé au MSSS un projet de démonstration en douleur chronique relativement à l'arrimage des première et deuxième lignes.
Configuration des services médicaux	Collaboration et dépôt du PREM en spécialités 2012-2015.	Le PREM a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence SSS Bas-Saint-Laurent en mars 2012.
Laboratoires	Collaboration à l'opération provinciale. Préparation d'un plan régional.	La région poursuit sa participation au projet OPTILAB. Les volets des analyses suprarégionales et locales ont été revus en cours d'année. Également les travaux concernant la hiérarchisation des laboratoires ont débuté.
Traumatologie	Participation à l'implantation des orientations ministérielles en la matière.	Nous sommes en attente des orientations ministérielles concernant la désignation des deux centres de stabilisation de notre réseau régional de traumatologie (CSSS des Basques et CLSC de Pohénégamook).

L'accès aux services de santé mentale à la population	D'ici 2015, complémentation de l'offre de services ambulatoires de la 1re à la 3e ligne. Niveau d'atteinte du plan d'optimisation. Dépôt du plan visant l'accessibilité, la hiérarchisation et la mise en place de corridors de services. Nombre de corridors de services et d'équipe(s) mis en place.	• Formation de 225 intervenants intersectoriels pour intervenir auprès de la personne suicidaire à l'aide des bonnes pratiques. • Évaluation de l'implantation du suivi étroit pour les clientèles à potentiel suicidaire élevé pour une meilleure utilisation du service par les principaux référents (médecins, urgence, etc.). Le rapport sera bientôt disponible. • Élaboration de divers mécanismes et des trajectoires de services afin d'assurer un meilleur accès aux services d'intégration des personnes adultes ayant des troubles mentaux graves. • Élaboration de mécanismes et de trajectoires de services de santé mentale pour compter sur des services correspondant aux besoins des usagers et pour favoriser leur intégration socioprofessionnelle, impliquant les partenaires intersectoriels. • Soutien régional apporté aux superviseurs cliniques. • Production de capsules Web portant sur différents sujets en santé mentale et visant le soutien des intervenants dans leur pratique. • Soutien professionnel du psychiatre-conseil aux gestionnaires et aux équipes des CSSS de concert avec les psychiatres-répondants et le centre national d'excellence en santé mentale.
L'accès aux services de psychiatrie légale	Appui à la mise en place du réseau hiérarchisé. Revoir le modèle d'organisation de services multisectorielle pour la clientèle ayant commis une infraction criminelle et présentant une problématique de santé mentale. Niveau d'atteinte de la mise en place du réseau hiérarchisé.	La planification d'une démarche régionale pour procéder à la mise à jour du modèle d'organisation des services en psychiatrie légale a été amorcée et se poursuivra en 2012-2013.

AXE : SANTÉ PUBLIQUE

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.1.12 Proportion des femmes nouvellement inscrites aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	135 %	80 %	100 %

Commentaires

La capacité à identifier rapidement la clientèle SIPPE est facilitée par un outil régional *Déclaration de grossesse et référence*. Les données disponibles pour notre région nous signalent toujours que la plupart des familles ciblées sont inscrites aux SIPPE en prénatal.

Nom : Jocelyne Michaud **Date :** 28 mai 2012

* Résultats en date du 2 mai 2011
** Résultats en date du 24 mai 2012

AXE D'INTERVENTION : PRÉVENTION DANS LES CONTINUUMS DE SERVICES

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015

1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)

1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants :
- infections transmissibles sexuellement et par le sang;
- habitudes de vie et maladies chroniques;
- chutes chez les personnes âgées;
- suicide.

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats** 2011-2012
1.01.20 Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique (PNSP)	N/D	Activités du PNSP implantées à 85 %	82 % en 2011
1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	83,3 %	85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires d'ici 2015	Sera calculé en 2012-2013

Commentaires

La mesure de ces deux indicateurs s'effectue aux deux ans. Selon les activités réalisées en 2011-2102, tout porte à croire que l'objectif de 85 % est en voie d'être atteint. La lecture qui sera effectuée au début de l'hiver 2013 permettra de dresser un portrait de la situation.

Nom : Marie-Josée Pineault **Date :** 22 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015

2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)

2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Indicateur	Résultats* 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats** 2011-2012
1.09.25 Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) implantés	10	11 GMF	11 GMF
3.07 Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	3	3 IPS	4 IPS

Commentaires

Au niveau des GMF, un onzième groupe de médecine familiale a été mis sur pied dans notre région. Le GMF du Boisé Langevin a vu le jour en janvier 2012 sur le territoire du CSSS de Rimouski-Neigette.

Concernant les IPS, trois ont commencé leurs interventions à l'automne 2010; deux au Témiscouata et une à Rivière-du-Loup. Une quatrième a débuté à Matane en avril 2012.

De plus, nous avons organisé, à l'automne 2011, une activité régionale avec le comité d'implantation élargi (IPS-SPL, médecins partenaires, Agence, MSSS et intervenants responsables des établissements) afin de nous assurer d'une intégration appropriée des IPS-SPL dans notre milieu.

Nom : Michel Plante, René Lavoie **Date :** 17 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : SERVICES PSYCHOSOCIAUX			
OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine			
Indicateur	**Résultat* 2010-2011**	**Cible 2011-2012**	**Résultat** 2011-2012**
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	N/D	Mise en place d'une réponse téléphonique psychosociale selon un modèle adapté à la réalité régionale	Projet pilote en place

Commentaires

Au cours de la dernière année, un projet de service Info-Social a été amorcé au CSSS de La Mitis. Il est en cohérence avec les orientations stratégiques nationales. Le projet s'est déroulé sans ajout budgétaire, puisqu'il émerge des économies du service Info-Santé (vacances de postes en soins infirmiers), lesquelles ont permis de développer le volet de service Info-Social en expérimentation. Il importe de préciser que les infirmières rendent des services de nature psychosociale à même Info-Santé. La venue d'Info-Social permet donc de peaufiner cette offre de service et d'analyser davantage cette nature de besoin en termes de réponse.

Parallèlement à ces travaux et de façon complémentaire, la Direction des programmes clientèles et des services à la communauté (DPCSC) a mis sur pied un comité de travail regroupant les services Info-Social, le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise (CPSIC) et l'Agence. Les objectifs poursuivis par ce comité étaient notamment de rétablir un climat de travail sain entre les deux organismes et d'identifier les services spécifiques à chacun d'eux, les services complémentaires et ceux en duplication. Le comité est toujours actif. Évidemment, la finalité vise l'élimination des doublons de services et la consolidation des arrimages.

Un premier bilan de l'évaluation a été déposé au conseil d'administration de l'Agence le 11 avril 2012 et les travaux se poursuivront en 2012-2013 pour bonifier l'expérimentation réalisée, mettre en place les moyens nécessaires afin de répondre aux recommandations formulées par l'ASSS, notamment en regard de l'élimination des duplications de services et de l'évaluation du potentiel de ce service en matière de services d'AEOR pour la région.

Nom : Cathy Bérubé **Date :** 12 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.06.10 Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert	N/D	Trois établissements sur huit	Trois établissements sur huit

Commentaires

En plus des CSSS de La Matapédia et de Kamouraska, celui de La Mitis a aussi démarré le processus d'implantation. Un premier groupe est prévu en octobre prochain.

Les territoires des Basques, du Témiscouata et de Rivière-du-Loup devraient amorcer le processus d'ici septembre 2012.

Nom : Marie-Josée Tremblay **Date :** 25 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	3 386	3 318	3 223

Commentaires

Cet indicateur compte parmi les cibles régionales de la planification stratégique 2010-2015 dans l'objectif d'assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de 1re ligne par une équipe interdisciplinaire et par une action intersectorielle concertée.

La non-atteinte des cibles s'explique, entre autres, par ces différents facteurs : l'intervention de groupe dans les services de première ligne n'est pas considérée dans l'indicateur de gestion (seules les rencontres individuelles sont comptabilisées); la difficulté de recrutement de certains types de professionnels; le temps réservé à la formation, à la supervision et à l'encadrement individuel et de groupe des équipes de santé mentale des CSSS.

Pour améliorer les trajectoires de services ainsi que les mécanismes d'accès, de liaison et de référence dans le respect de la hiérarchisation, les travaux entre les différents CSSS des deux secteurs de la région se poursuivent avec l'accompagnement de l'Agence.

Nom : Maria Fortin **Date :** 11 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : JEUNES EN DIFFICULTÉ, PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats** 2011-2012
1.08.06 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	142	117	142
1.08.05 Nombre de places en services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	101,69	149	96

Commentaires

Durant la dernière année, avec le concours du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM), s'est tenue une rencontre régionale d'information en présence des gestionnaires des centres de santé et des services sociaux pour présenter les différents niveaux de services de suivi dans la communauté et pour échanger sur les arrimages et les pratiques entre eux.

Par la suite, dans chacun des secteurs de la région, une rencontre similaire réunissant les équipes de suivi intensif et d'intensité variable a eu lieu dans le but de favoriser une connaissance partagée des services de suivi dans la communauté et de créer de meilleures alliances entre les intervenants dans une optique de suivi intégré.

Outre ces activités animées par le CNESM de concert avec le psychiatre-conseil à l'Agence, chacune des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable a été rencontrée deux fois durant l'année pour des activités de «coaching». Après chaque rencontre, chacun des CSSS a reçu un rapport de visite dégageant des recommandations dans la perspective d'améliorer le fonctionnement de leurs services et pour s'assurer du respect des critères du programme de suivi dans la communauté.

Depuis la mise en place de ce «coaching» par le CNESM et le soutien professionnel du psychiatre-conseil de l'Agence, nous constatons une nette amélioration dans cette offre de service.

Des outils de travail pour soutenir les équipes ont été élaborés et mis en place pour faciliter leurs interventions auprès des personnes ciblées par les mesures. Aussi, différentes rencontres avec des organisations pouvant référer des clientèles vers les équipes ont été réalisées (ex. : Services correctionnels, Centre de réadaptation en dépendance, etc.).

Finalement, il importe de mentionner que les équipes de suivi intensif ont atteint le requis prévu au plan d'action en santé mentale. Ce qui est différent du soutien d'intensité variable où les équipes ne sont pas complètes pour rejoindre la clientèle potentielle.

Nom : Maria Fortin **Date** : 11 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	63,56	65 %	57,63

Commentaires

Afin de s'assurer d'une intégration de services optimale, un suivi du plan régional est assuré auprès de chacun des CSSS aux quatre à huit semaines. Chaque CSSS doit documenter son organisation de services afin d'améliorer son intégration de services intra CSSS et intra RSL.

Nom : Cathy Bérubé **Date** : 9 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : ADAPTATION DES SERVICES

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.03.07 Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier	50%	75 %	62.5%

Commentaires

Nous avons entrepris l'implantation avec OPTIMAH dans deux CSSS pilotes. Par la suite, avec l'arrivée de l'AAPA nous soutenons deux autres CSSS.

Le soutien est d'ordre professionnel afin d'assurer que l'implantation se structure autour des bonnes pratiques, mais aussi d'ordre financier (formation, équipements, chargé de projet).

Des formations régionales ont été organisées. Un comité multidisciplinaire régional est en place.

Chaque CSSS prêt à implanter l'approche (après que les prérequis ont été mis en place) est invité à faire une réflexion qu'il présente à l'ASSS afin de bien circonscrire sa vision. Le comité de direction des CSSS est rencontré par l'ASSS afin que ce dernier priorise le dossier et une entente est signée : ASSS-CSSS.

Nom : Cathy Bérubé **Date :** 9 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants	288 671	290 465	298 834

Commentaires

Afin de s'assurer d'une intégration de services optimale, un suivi du plan régional est assuré auprès de chacun des CSSS aux quatre à huit semaines. Chaque CSSS doit documenter son organisation de services afin d'améliorer son intégration de services intra CSSS et intra RSL.

Nous envisageons réaliser des travaux sur un cadre de référence régional portant sur l'aide à domicile au cours de l'année 2012-2013 afin d'harmoniser les façons de faire au sein de la région.

Nom : Cathy Bérubé **Date :** 9 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : DIVERSIFICATION DES MILIEUX DE VIE

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015 2.4.3 Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres)

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.03.08 Nombre de places en ressources résidentielles de proximité	N/D	Augmentation des places en logement social adapté	201

Commentaires

Cet indicateur n'a fait l'objet du suivi de gestion 2011-2012 qu'en toute fin d'année financière. Les données de la fin d'année sont incomplètes, ne reflètent pas l'évolution du nombre de places de logement social adapté apparaissant à l'entente de gestion 2012-2012 entre l'Agence du Bas-Saint-Laurent et le MSSS. Par ailleurs, les données recueillies ne permettent pas de juger de l'augmentation de places; il y a donc lieu de les interpréter avec la plus grande prudence.

Nom : Cathy Bérubé **Date :** 31 mai 2012

* Résultats en date du ** Résultats en date du

AXE D'INTERVENTION : PLAN D'ACCÈS EN CSSS – DÉFICIENCE PHYSIQUE

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats** 2011-2012
1.45.04.01 Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	77,2 %	90,0 %	88,0 %
1.45.04.02 Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES – PRIORITÉ URGENTE	37,5 %	90,0 %	77,4 %
1.45.04.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES – PRIORITÉ ÉLEVÉE	85,7 %	90,0 %	88,0 %
1.45.04.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES – PRIORITÉ MODÉRÉE	NA	75,0 %	92,8 % [1]

Commentaires

En 2011-2012, une augmentation des pourcentages est notée pour les priorités urgente et élevée. Toutefois, les cibles ne sont pas atteintes pour ces priorités. Une analyse approfondie de ces taux de respect a permis de clarifier qu'en partie, ces pourcentages sont invalidés en raison des erreurs de saisie fréquentes dans le système I-CLSC (les statistiques ne sont pas enregistrées en temps, certaines demandes sont non priorisées, l'objet de la demande est en santé physique plutôt qu'en déficience physique). Les CSSS devront assurer une plus grande vigie des données enregistrées dans le système I-CLSC afin que les taux de respect traduisent plus fidèlement l'accès aux services. Pour le niveau de priorité modérée, considérant que les données couvrent uniquement les trois dernières périodes de l'année financière, nous devons considérer ces résultats comme préliminaires et peu valides.

En conclusion, la situation de la région, pour l'ensemble de ces priorités, est avantageuse comparativement aux résultats obtenus dans la province.

Nom : Judith Dion **Date :** 24 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011 ** Résultats en date du 31 mars 2012

[1] Les données sont comptabilisées depuis la période 9 pour l'année 2011-2012.

AXE D'INTERVENTION : PLAN D'ACCÈS EN CR – DÉFICIENCE PHYSIQUE

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :

- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats** 2011-2012
1.45.4.5 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	90,3 %	90,0 %	92,2 % [4]
1.45.4.6 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique – TOUS ÂGES – PRIORITÉ URGENTE	s/o	90,0 %	s/o
1.45.4.7 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique – TOUS ÂGES – PRIORITÉ ÉLEVÉE	90,0 %	90,0 %	89,8 % [5]
1.45.4.7 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique – TOUS ÂGES – PRIORITÉ MODÉRÉE	NA	75,0 %	96,8 % [6]

Commentaires

Une amélioration de 2 % est notée pour les services spécialisés en déficience physique pour le cumul de toutes les priorités comparativement à l'année 2010-2011. Pour le niveau de priorité élevée, les données sont comparables à 2010-2011. Pour le niveau de priorité modérée, les données de trois dernières périodes financières sont seulement comptabilisées jusqu'à maintenant donc ce résultat préliminaire est peu valide.

Sans objet « s/o » veut dire qu'aucune demande lors de l'analyse du niveau de priorité n'a été qualifiée d'urgente pour le CRDP, donc nous ne pouvons interpréter cette donnée en la comparant à la cible du 90, 0 %.

Nom : Judith Dion **Date :** 24 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

[4] Les données concernent les demandes reçues depuis le 7 novembre 2010.
[5] Idem
[6] Les données sont comptabilisées depuis la période 9 pour l'année 2011-2012.

AXE D'INTERVENTION : PLAN D'ACCÈS EN CSSS – DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats** 2011-2012
1.45.05.01 Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	50,0 %	90,0 %	68,9 %
1.45.05.02 Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES – PRIORITÉ URGENTE	25,0 %	90,0 %	50,0 %
1.45.05.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES – PRIORITÉ ÉLEVÉE	60,0 %	90,0 %	69,0 %
1.45.05.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES – PRIORITÉ MODÉRÉE	NA	75,0 %	75,0 % [1]

Commentaires

Les cibles n'ont pas été atteintes pour les priorités urgente et élevée, malgré la mise en place des mécanismes de suivi périodiques avec les CSSS. Une analyse approfondie de ces taux de respect a permis de clarifier qu'en partie, ces pourcentages sont invalidés en raison des erreurs de saisie fréquentes dans le système I-CLSC (les statistiques ne sont pas enregistrées en temps, certaines demandes sont non priorisées). Les CSSS devront assurer une plus grande vigie des données enregistrées dans le système I-CLSC afin que les taux de respect traduisent plus fidèlement l'accès aux services.

Pour le niveau de priorité modérée, considérant que les données couvrent uniquement les trois dernières périodes de l'année financière, nous devons considérer ces résultats comme préliminaires et peu valides.

Nom : Judith Dion **Date :** 24 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

[1] Les données sont comptabilisées depuis la période 9 pour l'année 2011-2012.

AXE D'INTERVENTION : PLAN D'ACCÈS EN CR – DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats** 2011-2012
1.45.05.05 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	78,6 %	90,0 %	88,2 % [8]
1.45.05.06 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES – PRIORITÉ URGENTE	0, 0 %	90,0 %	S/O
1.45.05.07 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES – PRIORITÉ ÉLEVÉE	80,8 %	90,0 %	82,9 % [9]
1.45.05.08 Pourcentage des respects des délais de services traités en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES – PRIORITÉ MODÉRÉ	NA	75,0 %	96,3 % [10]

Commentaires

De nouveau en 2011-2012, les cibles ont été atteintes pour les services spécialisés en DI-TED. Ces taux de respect ont augmenté comparativement à la dernière année. La région présente une situation avantageuse pour ces niveaux de priorités comparativement à l'ensemble du Québec.

Pour le niveau de priorité modérée, considérant que les données couvrent uniquement les trois dernières périodes de l'année financière, nous devons considérer ces résultats comme préliminaires et peu valides.

Sans objet « S/O » veut dire que lors de l'analyse du niveau de priorité, aucune demande n'a été considérée urgente par le CRDITED. Donc, nous ne pouvons interpréter cette donnée comparativement à la cible de 90,0 %.

Nom : Judith Dion **Date :** 24 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

[8] Les données concernent les demandes reçues depuis le 7 novembre 2010.
[9] Idem
[10] Les données sont comptabilisées depuis la période 9 pour l'année 2011-2012.

AXE D'INTERVENTION : PLAN D'ACCÈS – DÉFICIENCE PHYSIQUE, DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :

- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats** 2011-2012
1.45.45.00 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès – TOUTES DÉFICIENCES – TOUS ÂGES – TOUTES PRIORITÉS	87,0 %	90,0 %	90,4 %
1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès – TOUTES DÉFICIENCES – TOUS ÂGES – PRIORITÉ URGENTE	33,0 %	90,0 %	74,3 %
1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès – TOUTES DÉFICIENCES – TOUS ÂGES – PRIORITÉ ÉLEVÉE	NA	90,0 %	88,4 %
1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès – TOUTES DÉFICIENCES – TOUS ÂGES – PRIORITÉ MODÉRÉE	NA	75,0 %	95,6 %

Commentaires

Les pourcentages obtenus dans notre région sont supérieurs à la moyenne provinciale. L'accès à un premier service dans nos établissements tend à être plus rapide. Toutefois, pour les demandes jugées urgentes, l'accès en CSSS n'est pas toujours garanti à l'intérieur de 72 heures. Rappelons qu'une partie des demandes comptabilisées hors délai était des erreurs de saisie. Une plus grande vigie des données I-CLSC assurera une meilleure lecture de l'accessibilité.

Nom : Judith Dion **Date** : 24 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : DÉPENDANCE

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015 3.1.2 Assurer l'évaluation dans un délai de 15 jours

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	54,0 %	65,0 %	59,2 %

Commentaires

Puisque ce n'est pas la totalité des intervenants du CRD qui utilisent l'outil IGT et que seul cet outil est considéré dans cet indicateur, cela peut influencer le résultat 2011-2012. Les intervenants qui n'utilisent pas l'IGT utilisent l'évaluation biopsychosociale. L'an prochain, ce dernier outil sera considéré dans la saisie des données (pour faire suite aux recommandations du comité SIC-SRD au MSSS). Également, d'ici deux ans, les intervenants du CRD seront formés au nouvel outil GAINS et ce dernier fera partie de la saisie.

Nom : Nathalie Gagnon **Date** : 9 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : MÉDECINE ET CHIRURGIE	
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015	3.1.3 Assurer, aux personnes inscrites au mécanisme central, un accès aux chirurgies dans un délai de six mois 3.1.4 Assurer, aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire, les services dans les délais établis 3.1.5 Assurer, aux personnes atteintes de cancer, les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats** 2011-2012
1.09.20.01 Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	80,7 %	90,0 %	70,6 %
1.09.20.02 Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	76,6 %	90,0 %	72,9 %
1.09.20.03 Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	99,8 %	90,0 %	97,1 %
1.09.20.04 Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	94,0 %	90,0 %	93,6 %
1.09.20.05 Pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	96,6 %	90,0 %	94,9 %
1.09.33 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours (de calendrier)	60,9 %	90,0 %	58,7 %

Commentaires

Au cours de l'année, une problématique informatique est survenue dans certains établissements de la région. Les non-disponibilités au dossier d'un patient inscrit sur la liste d'attente se comptabilisaient en temps d'attente lors de la fermeture du dossier après la réalisation de la chirurgie. Cette erreur générait un délai d'attente supplémentaire. Toutefois, il est important de mentionner qu'il n'y a eu aucun impact pour le patient. Des correctifs ont, depuis, été apportés aux systèmes informatiques afin de régulariser la situation. Ces faits apportent un biais considérable aux indicateurs, 1.09.20.01 et 1.09.20.02; il faut en tenir compte pour l'appréciation des résultats.

En ce qui concerne les indicateurs,1.09.20.03,1.09.20.04 et 1.09.20.05, les cibles ont été respectées.

Pour ce qui est de la chirurgie oncologique, des orientations ont été données afin d'améliorer la saisie des données et l'identification du site tumoral. Il serait prématuré de commenter l'indicateur 1.09.33, puisque ces actions ont été posées au cours de l'année 2011-2012.

Nom : Anne St-Pierre **Date :** 15 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : LUTTE CONTRE LE CANCER	
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015	3.1.5 Assurer, aux personnes atteintes de cancer, les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.09.07 Proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	97,9 %	90,0 %	99,9 %

Commentaires

Pour l'année 2011-2012, le service de radiothérapie du Centre de cancer du CSSS de Rimouski-Neigette a traité 845 patients et dispensé 16 214 traitements. De ces 845 patients, tous ont entrepris leur protocole de traitements à l'intérieur des délais prescrits (28 jours) à l'exception d'un seul qui, en raison d'une contrainte technique reliée à une curiethérapie, a reçu son premier traitement au 31e jour d'attente. Ainsi, 99,9 % des patients ont commencé leurs traitements dans le délai imparti.

Nom : Michel Plante **Date :** 28 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : URGENCES

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière
* Plusieurs mesures du plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats** 2011-2012
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	10,6 %	15,0 %	9,29 %
1.09.03 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2,1 %	2,0 %	1,0 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	10,35	11,00	9,66

Commentaires

Les résultats régionaux obtenus se situent très favorablement par rapport à ceux observés dans l'ensemble du Québec, et ce, pour tous les indicateurs.

La cible fixée de moins de 11 heures pour le séjour moyen sur civière est largement atteinte pour la région avec un résultat de 9,66 heures à la fin de la période 13.

D'un point de vue régional, pour l'année 2011-2012, les cibles visées ont été respectées pour tous les indicateurs.

Nom : Anne St-Pierre **Date :** 15 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : RÉFÉRENCES AUX SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015 3.1.8 Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille

Indicateur	Résultat* 2010-2011	Cible 2011-2012	Résultat** 2011-2012
1.09.38 Pourcentage des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille	N/D	Protocole mis en place dans un établissement (Rimouski en place et RDL en cours d'année)	Déployé dans un établissement À mettre en place dans d'autres établissements

Commentaires

Au CSSS de Rimouski-Neigette, la période d'implantation et de rodage s'est terminée en cours d'année. L'accueil clinique (guichet d'accès) aux services diagnostiques et en médecine spécialisée est désormais pleinement opérationnel. De plus, des contacts ont été faits avec les CSSS de l'est de notre territoire afin de rendre disponible, aux médecins œuvrant dans ces RLS, le service d'accueil clinique du CSSS de Rimouski-Neigette.

Pour sa part, le CSSS de Rivière-du-Loup a entrepris ses travaux en lien avec la mise sur pied d'un tel service.

Nom : Michel Plante **Date :** 27 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 4.1.3 Maintenir inférieurs ou égaux aux seuils établis les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale

Indicateurs	Résultats* 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats** 2011-2012
1.01.19 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis			
Diarrhées à *Clostridium difficile* (six hôpitaux et deux cibles)	66,7 %	90 %	66,7 %
Bactériémies à SARM (six hôpitaux et une cible)	83,3 %	90 %	83.3 %
Bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs (un hôpital)	100 %	90 %	100 %

Commentaires

Au cours de l'année, deux établissements ont connu des éclosions de diarrhées à *C. di* particulièrement importantes qui ont fait en sorte que leur taux d'infection a dépassé les cibles établies. Une seule bactériémie à SARM ac dans un hôpital a causé le dépassement de la cible.

Les établissements ont déployé les mesures reconnues pour la prévention et le contrôle des infections et l'Agence a soutenu les établissements en éclosion. Parmi les mesures de contrôle des éclosions, mentionnons :

- Implication accrue des directions des établissements pour la prévention des infections et le suivi des activités de contrôle planifiées;
- Création d'unités d'isolement des patients contagieux;
- Amélioration des processus de gestion des isolements et d'encadrement des visiteurs;
- Réduction des hospitalisations et des transferts intrahospitaliers de patients;
- Achat de matériel dédié ou à usage unique;
- Formation du personnel;
- Prise en charge des zones grises quant à l'hygiène et la salubrité des équipements mobiles;
- Utilisation de lingettes pour la désinfection des mains des patients avant leur repas;
- Bains de chlorexidine aux patients;
- Évaluation des mesures d'hygiène et de prévention des infections avec rétroactions immédiates au personnel;
- Surveillance intensive par un suivi plus ciblé des facteurs de risque, dont l'utilisation des antibiotiques;
- Diffusion des résultats de la surveillance à l'ensemble des utilisateurs et du personnel du CSSS.

Nom : Daniel Bolduc **Date :** 24 mai 2012

* La cible 2011-2012 est celle utilisée en 2010-2011
** Résultats en date du 24 mai 2012

AXE D'INTERVENTION : DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015

5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles

5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail

5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité

5.1.6 Réduire le recours à la main d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateurs		Résultats* 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats** 2011-2012
3.08	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	N/D	100 % des établissements	100 %
3.09	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	N/D	100 % des établissements	40,0 %
3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,29 %	5,45 %	5,41 %
3.05.02	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,02 %	3,14 %	3,46 %
3.06.01	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en infirmiers	0,42 %	0,43 %	0,89 %
3.06.02	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en infirmières auxiliaires	0,02 %	0,00 %	0,01 %
3.06.03	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en préposés aux bénéficiaires	0,00 %	0,00 %	0,00 %

Commentaires

Tous les établissements ont déposé leur plan de main-d'œuvre. Par la suite, l'Agence a produit et déposé un plan de main-d'œuvre régional, de même qu'un plan d'attraction et de rétention de main-d'œuvre avec des axes d'intervention sur le plan local et régional. La stratégie adoptée fut l'organisation d'une Journée carrière en santé (JCS). Il est à noter que cet événement, qui visait la promotion des métiers et professions dans le domaine de la santé et des services sociaux, s'est déroulé dans le Bas-Saint-Laurent et a rejoint plus de 2 500 visiteurs, la plupart étant des jeunes des 3e, 4e et 5e du secondaire.

Malgré le faible taux d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI) au Bas-Saint-Laurent, il n'en reste pas moins que la situation s'est légèrement détériorée au cours de la dernière année. Quatre établissements de notre région ont eu recours à la MOI en soins infirmiers. Des plans d'action ont été demandés aux établissements concernés afin d'atténuer l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante.

De plus, une attention particulière a été apportée aux projets d'organisation du travail et au transfert des connaissances par la réalisation d'activités en soins infirmiers et pour des projets de la catégorie IV. De même, les établissements ont entrepris des projets d'organisation du travail. Cependant, pour certains, la mise en œuvre des activités prévues n'était pas terminée au 31 mars 2012.

Nom : René Lavoie **Date :** 17 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE D'INTERVENTION : RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL				
OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé 5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail			
Indicateurs		**Résultats* 2010-2011**	**Cibles 2011-2012**	**Résultats** 2011-2012**
3.14	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	NA	20 % des établissements	100 % des établissements
3.13	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	NA	Un établissement et l'Agence	Deux établissements et l'Agence sont actuellement en processus
3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,64 %	5,38 %	6,20 %
3.10	Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle (programme de préceptorat)	NA	6/8	7/8

Commentaires

Tous les établissements de la région sont agréés. Cependant, quatre établissements ont renouvelé leur agrément en 2011-2012. De ce nombre, deux établissements ont répondu positivement aux six critères de mobilisation des ressources humaines. Pour les deux autres, des efforts seront à consentir pour répondre aux attentes.

Plusieurs établissements de la région sont à choisir un programme visant l'amélioration du climat de travail dont quatre sont à l'étape du déploiement.

D'autre part, le Programme de préceptorat a connu un ralentissement sur le plan de l'implantation de celui-ci dans certains établissements en raison du roulement important des effectifs en place, et ce, tout particulièrement en ce qui a trait aux préceptrices. Un processus d'intervention a été mis en place afin de maximiser davantage l'utilisation du programme dans un contexte de rétention de main-d'œuvre.

Il est à noter que 80 % de nos établissements n'ont pas atteint la cible fixée initialement pour l'assurance salaire. Des démarches ont été entreprises auprès des établissements concernés afin que ceux-ci produisent un plan d'action et d'amélioration de la présence au travail. Un soutien du PSOI du MSSS a été apporté pour plusieurs établissements de notre région.

Nom : René Lavoie, Alexandre Chenel, René Dumont **Date :** 17 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

AXE : TRAJECTOIRE DES CLIENTÈLES GÉRIATRIQUES TRANSITANT PAR L'HÔPITAL

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 Réduire le nombre de lits de centres hospitaliers et de soins généraux spécialisés occupés par des patients en fin de soins actifs

Indicateurs		Résultats* 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats** 2011-2012
4.1.1	Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation et orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	2,3	3	2,0
4.1.2	Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	0,8	3	0,5
4.1.3	Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	0,8	3	1,2
4.1.4	Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	1,0	3	0,7
4.1.5	Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	2,0	3	0,7
4.1.6	Nombre moyen de patients en attente de ressource non institutionnelle (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	0,2	3	0,2
4.1.7	Nombre moyen de patients en attente de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	0,1	3	0,2
4.1.8	Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	3,7 %	5 %	3,29 %

Commentaires

La situation régionale pour l'ensemble de ces indicateurs démontre une atteinte générale des cibles fixées à l'entente de gestion et situe la région en position avantageuse comparativement à la moyenne provinciale.

Il importe de soutenir les établissements et les médecins afin que la fin de soins actifs soit utilisée selon les bonnes pratiques. Aussi, à partir du moment où la fin de soins actifs est déclarée, le relais doit être pris par les équipes en amont pour actualiser ce qui doit être planifié à l'admission de l'usager en hospitalisation.

Nom : Cathy Bérubé **Date :** 23 mai 2012

* Résultats en date du 31 mars 2011
** Résultats en date du 31 mars 2012

Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec